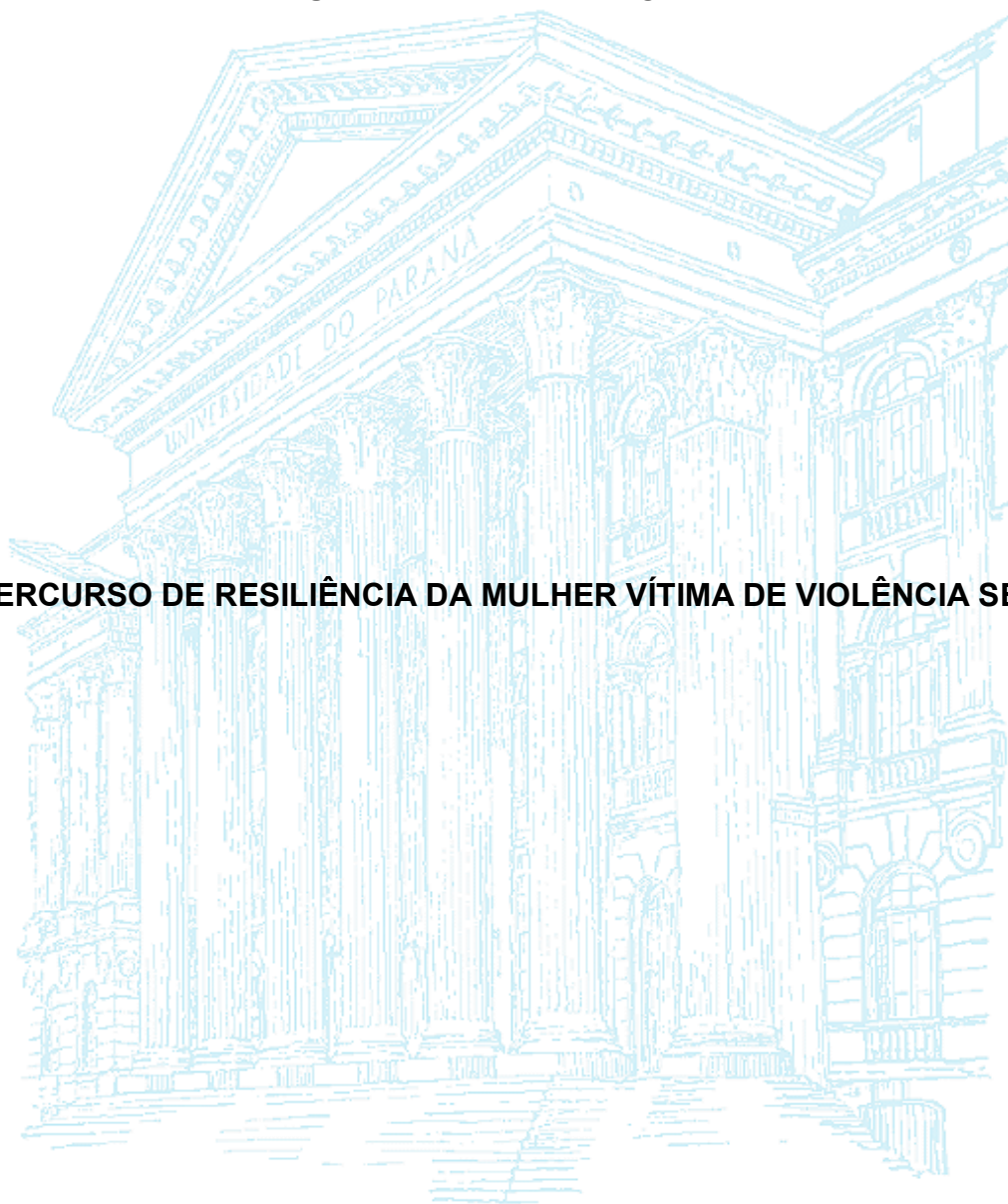


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIMARA FABIANA FORNARI

O PERCURSO DE RESILIÊNCIA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



CURITIBA

2014

LUCIMARA FABIANA FORNARI

O PERCURSO DE RESILIÊNCIA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Liliانا Maria Labronici

CURITIBA
2014

Fornari, Lucimara Fabiana
O percurso de resiliência da mulher vítima de violência sexual / Lucimara Fabiana
Fornari – Curitiba, 2014.
101 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Líliliana Maria Labronici
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor
de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher. 3. Resiliência psicológica.
4. Enfermagem. I. Labronici, Líliliana Maria. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 362.8292

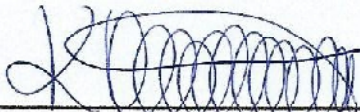
TERMO DE APROVAÇÃO**LUCIMARA FABIANA FORNARI****O PERCURSO DE RESILIÊNCIA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

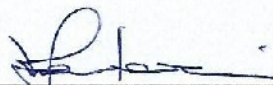
Orientadora:



Profa. Dra. Liliana Maria Labronici
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Kleide Ventura de Souza
Membro Titular: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 10 de Novembro de 2014.

À toda mulher vítima de violência sexual que teve seus gritos aprisionados a um corpo violado, que por um momento deixou de pertencer a si própria. Desejo que suas vozes sejam ouvidas e lembradas através desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por prover serenidade e força para enfrentar os desafios da vida.

Aos meus pais, Gilmar e Terezinha, pelo amor e apoio incondicional.

Às minhas irmãs, Liamara e Lilian, pelo afeto, apoio e incentivo.

Aos meus sobrinhos, Catarina e Vicente, por acrescentar doçura aos meus dias.

À orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Liliana Maria Labronici, pela sabedoria, disponibilidade e compreensão despendidas no processo de elaboração da dissertação, e na minha formação enquanto mestre.

Às Professoras Doutoras Maria de Fátima Mantovani e Kleyde Ventura de Souza, pela leitura e importante contribuição no aperfeiçoamento da dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por propiciar o desenvolvimento do conhecimento, e, concomitantemente, o crescimento pessoal.

Aos colegas de pós-graduação, pelo compartilhamento de novas vivências durante o mestrado.

À Alexandra, Maria Isabel e Maria Lúcia, pelo amparo, amizade e presença na conclusão de mais uma etapa da minha trajetória na Enfermagem.

À minha família curitibana, Aline e Joyce, pelo acolhimento e amizade, e por tornar a experiência vivida nesta cidade menos solitária.

Às mulheres participantes da pesquisa, que prontamente aceitaram relatar sobre a experiência traumática vivida.

À Delegacia da Mulher e ao Serviço de Atendimento Especializado de Guarapuava, pela autorização para a realização desta pesquisa.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), pelos apontamentos sugeridos para a melhoria da dissertação, e por proporcionar momentos de integração.

À CAPES, pelo apoio financeiro para a concretização desta pesquisa.

RESUMO

FORNARI, L.F. O percurso de resiliência da mulher vítima de violência sexual. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2014.

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, fundamentada no conceito de resiliência, realizada em um Serviço de Atendimento Especializado e uma Delegacia da Mulher, localizados no município de Guarapuava, Paraná, de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, com 12 mulheres vitimadas, que teve como objetivo conhecer o percurso de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual. A coleta dos discursos ocorreu mediante entrevista semiestruturada e gravada; da análise de conteúdo temática emergiram os temas: O sentimento de cuidado e responsabilidade: o início da mobilização interna; Ruptura e abertura existencial: a família e a rede de apoio; e Transcendência da experiência vivida: a religião com Deus e a reativação da fé. As mulheres vitimadas encontraram na maternidade e na realização pessoal o motivo pelo qual a vida deveria seguir adiante. Assim, o sentimento de cuidado e responsabilidade foi responsável por desencadear o movimento de mobilização interna, que consiste no início do percurso de resiliência. Além disso, propiciou o rompimento com o passado marcado pela violência sexual e a abertura existencial em direção ao outro, a fim de compartilhar o sofrimento e encontrar ajuda. A presença de pessoas dispostas a ouvir sem julgar ou discriminar tornou possível a resignificação do trauma. Diante disso, o apoio dos familiares permitiu o remanejamento das emoções correspondentes à violação. Entretanto, apesar de receberem atendimento, algumas das participantes da pesquisa não se sentiram acolhidas em função da postura dos profissionais que compõem os serviços da rede de atenção às vítimas de violência sexual. Neste contexto, destaca-se a insuficiência de intervenções propostas para a redução dos efeitos negativos provocados pelo trauma. Da mesma forma, foi possível identificar a não realização da tutoria da resiliência por parte dos profissionais, porquanto o percurso resiliente requer um suporte contínuo, até que consigam encontrar um novo sentido. Outro fator encontrado nesta pesquisa foi a religião com Deus e a reativação da fé, porque as mulheres encontraram um estímulo para acreditar que sobreviver era mais relevante do que ter sido vítima, e isso propiciou o enfrentamento do trauma e a permanência das participantes no percurso de resiliência. Desta forma, a religiosidade representou um fator de proteção. A pesquisa mostrou a importância de refletir sobre a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento das vítimas em direção à promoção da resiliência, assim como também é imprescindível a incorporação do tema resiliência no curso de enfermagem, para que a enfermeira possa atuar como tutora de resiliência na prática do cuidado, de modo a incitar o percurso resiliente, amenizar o sofrimento e os danos gerados pela violência sexual, e apoiá-las na construção de um novo sentido para a existência, visto que as marcas da violência sexual passam a fazer parte da história de vida de cada uma delas.

Palavras-chave: Violência sexual. Violência contra a mulher. Resiliência psicológica. Enfermagem.

ABSTRACT

FORNARI, L.F. The steps of resilience of women victims of sexual violence. 2014. 101f. Dissertation (Master's in Nursing) – Graduate Program in Nursing in the Universidade Federal do Paraná, 2014.

This is an exploratory research with qualitative approach, based on the concept of resilience, held in a Specialized Care Center and a Police Station for Women, located in Guarapuava, Paraná, from September 2013 to February 2014, with 12 women victims, which aimed to know the route of resilience in women victims of sexual violence. The collection of speeches occurred through semi-structured and recorded interviews; the thematic content analysis revealed the following themes: The sense of care and responsibility: the beginning of internal mobilization; Break and existential opening: the family and the support network; and Transcendence of lived experience: a reconnection with God and the reactivation of faith. Women victims found in motherhood and personal fulfillment the reason why life should go on. Thus, the sense of care and responsibility was responsible for triggering the mobilization of internal movement, which is the beginning of resilience route. Furthermore, provided the break with the past, marked by sexual violence, and the existential openness towards each other in order to share the suffering and find help. The presence of people willing to listen without judging or discriminating made possible the reframing of trauma. Thus, the support of family allowed the relocation of emotions corresponding to the violation. However, despite receiving care, some of the study participants did not feel accepted depending on the posture of the professionals who make up the health care network of services for victims of sexual violence. In this context, there is the failure of proposed interventions to reduce the negative effects caused by trauma. Similarly, we could identify missing the tutoring resilience by professionals, because the resilient route requires continued support until they can find a new direction. Another factor found in this research was to reconnect with God and the reactivation of the faith, because women found a stimulus to believe that surviving was more important than being the victim, and this led to face the trauma and the permanence of the participants in the course of resilience. Thus, religion was a protective factor. Research has shown the importance of reflecting on the skills of professionals who provide care for victims towards the promotion of resilience, and it is also essential to incorporate the theme of resilience in nursing program, so that the nurse can act as resilience tutor in practice of care in order to incite the resilient route alleviate the suffering and the damage caused by sexual violence, and support them in building a new meaning to existence, since the marks of sexual violence become part of history life of each.

Key words: Sexual violence. Violence against women. Resilience psychological. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - CASITA DA RESILIÊNCIA.....	38
---------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

Aids - Síndrome da imunodeficiência adquirida

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

UNICENTRO – Universidade Estadual do Centro-Oeste

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA	11
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 RELAÇÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: UMA APROXIMAÇÃO	16
4 RESILIÊNCIA COMO REFERENCIAL TEÓRICO	32
5 METODOLOGIA	40
5.1 ABORDAGEM DA PESQUISA	40
5.2 LOCAL DA PESQUISA	40
5.3 PERÍODO DE OBTENÇÃO DOS DISCURSOS	41
5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
5.4.1 APROXIMAÇÃO COM AS PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
5.5 OBTENÇÃO DOS DISCURSOS	42
5.6 ANÁLISE DOS DISCURSOS	42
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
6.1 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA	45
6.2 O SENTIMENTO DE CUIDADO E RESPONSABILIDADE: O INÍCIO DA MOBILIZAÇÃO INTERNA	47
6.3 RUPTURA E ABERTURA EXISTENCIAL: A FAMÍLIA E A REDE DE APOIO	54
6.4 TRANSCENDÊNCIA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA: A RELIGAÇÃO COM DEUS E A REATIVAÇÃO DA FÉ	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	92
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA	95
ANEXOS	96
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE GUARAPUAVA	97
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA DELEGACIA DA MULHER	98
ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	99

1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Na vida tudo tem sentido e faz parte de uma história, e assim aconteceu com a minha aproximação em relação à temática sobre violência contra a mulher, cujo início ocorreu em 2007, quando fui inserida, como acadêmica de enfermagem, no projeto de extensão da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná intitulado “Entre João e Maria: conversando com a Lei Maria da Penha”, que tinha como objetivo promover, divulgar e efetivar a Lei na região centro-sul do Paraná.

O ingresso nesse projeto permitiu o meu primeiro contato com a temática, assim como com mulheres em situação de violência. A vivência diária nas ações de extensão universitária possibilitou conhecer os diferentes aspectos que envolvem a manutenção desse fenômeno na vida em sociedade, e que geralmente se apresenta restrito à vida privada.

Em 2008, tive a oportunidade de participar de outro projeto de extensão, que tinha como objetivo capacitar enfermeiros e agentes comunitários de saúde da atenção básica do município de Guarapuava/PR para atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Apesar da iniciativa, foi possível perceber que esse problema não era considerado relevante sob o olhar desses profissionais durante a capacitação, porquanto a maioria considerava a violência contra a mulher como um problema social e não de saúde pública.

Aos poucos, fui me interessando cada vez mais pelo assunto da violência contra a mulher e, em 2010, optei por desenvolver a monografia de conclusão de curso nesta temática. Durante a minha formação como enfermeira, observei que as mulheres não estavam expostas somente à violência perpetrada pelos parceiros ou familiares, mas os profissionais de saúde também poderiam ser responsáveis por violações aos direitos das usuárias.

Ao considerar o atendimento realizado pelas enfermeiras às mulheres, senti a necessidade de investigar a percepção dessas profissionais, bem como das usuárias, sobre a violência institucional na atenção básica à saúde da mulher. Por meio dessa pesquisa, constatei que este fenômeno está presente nos serviços de saúde e é perpetrado pelas enfermeiras, todavia, sua expressão é velada e marcada pela invisibilidade.

Ao finalizar a graduação, em 2010, comecei a trabalhar na área hospitalar e cuidei de mulheres em situação de violência doméstica que buscavam atendimento após sofrerem agressões. Minha inquietação relacionada a esse fenômeno me fez refletir sobre a importância de dar continuidade ao processo de construção e ampliação do conhecimento sobre este tema. Assim, tomei a decisão de retornar para a academia, a fim de realizar o Curso de Mestrado.

Em 2013 ingressei no Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, que me possibilitou investigar não somente a violência sexual contra a mulher, mas também a resiliência, a fim de compreender como as vítimas conseguem enfrentar o trauma vivido e seguir a vida adiante. Além disso, passei a fazer parte do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA).

No GEMSA tive a oportunidade de discutir com enfermeiras pesquisadoras aspectos relacionados à pesquisa na área de violência contra a mulher e/ou resiliência, visto que houve a produção de oito dissertações e duas teses. Portanto, constata-se o crescente interesse das pesquisadoras do grupo em fortalecer e ampliar o conhecimento na área de violência contra a mulher e de resiliência, no sentido de subsidiar a prática acadêmica e profissional da enfermagem e dos demais profissionais de saúde.

2 INTRODUÇÃO

A história da humanidade nos mostra que a violência em suas diversas formas de manifestação sempre esteve presente, e inclusive contra as mulheres, como no caso de Joana d’Arc, Olga Benário, Indira Gandhi e Benazir Bhutto, pessoas que marcaram o processo histórico da sociedade, e foram submetidas a situações extremas de diferentes expressões de violência.

As mulheres, durante o percurso da vida estão expostas a distintas formas de violações dos seus direitos humanos relacionadas às dimensões psicológica, física, sexual, moral e patrimonial, cujos agressores podem ou não possuir vínculo familiar, ou ser alguém desconhecido. Assim, a violência contra a mulher apresenta um caráter multifacetado e complexo.

Diante das diferentes formas de violações que ameaçam a integridade das mulheres, o foco de interesse desta pesquisa é a violência sexual, visto que representa uma das principais expressões da violência de gênero, caracterizada pela limitação e/ou anulação do desejo individual da mulher em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos, por meio de ameaça, manipulação, suborno ou uso da força física (SOUZA; ADESSE, 2005).

Ao vivenciar uma situação de violência, a mulher vitimada poderá apresentar sintomas semelhantes aos de uma doença, além de sofrimento moral (MONTEIRO; SOUZA, 2007). Dessa forma, as vítimas estão suscetíveis a sofrer alterações no padrão da qualidade de vida por tempo indeterminado, ou até o momento em que se sentem suficientemente fortalecidas para enfrentar a situação e superar o trauma.

Pesquisa realizada com 18 mulheres na faixa etária de 14 a 25 anos, vítimas de abuso sexual extrafamiliar ou intrafamiliar, mostrou que após um ano da experiência do trauma, algumas das entrevistadas ainda não haviam superado os problemas gerados pela violência que sofreram, apresentaram alterações comportamentais, emocionais e físicas, e mudanças significativas em sua qualidade de vida (MARTINS, 2011).

Com o intuito de enfrentar e superar o trauma vivido, muitas mulheres recorrem ao apoio de familiares, amigos, pessoas próximas de sua convivência, e a organizações sociais que oferecem suporte a vítimas de violência sexual. Entretanto,

outras não encontram forças ou desconhecem os caminhos para enfrentar a experiência traumática, preservando um sofrimento marcado pelo silêncio.

No caminho para o enfrentamento e superação dos traumas desencadeados pela violência sexual, os serviços de saúde mostram-se como importante base para o apoio às vítimas, porquanto podem auxiliar na sua identificação e também pelo fato da maioria das mulheres frequentarem esses locais em algum momento de suas vidas (BRASIL, 2005).

Sob essa perspectiva, a enfermeira integrante da equipe de saúde e profissional responsável pelo atendimento às mulheres vitimadas precisa superar o desafio de criar uma nova linguagem e prática em saúde, redimensionando o espaço correspondente à doença (RODRIGUES; CARINHANHA; PENNA, 2010). Além disso, é imprescindível a elaboração de atitudes que possibilitem dar uma nova dimensão ao cuidado.

A promoção de um atendimento integral pode ser concretizada mediante o conhecimento da enfermeira na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, através da aplicação adequada dos protocolos clínicos mas, principalmente, por meio de ações de cuidado expressivo.

As ações de cuidado expressivo estão relacionadas à subjetividade, e a enfermeira, ao desenvolvê-las, deve ter postura ética, acolhedora, com escuta ativa e atenta (LABRONICI, 2012), em razão de que essa atitude pode facilitar a expressão dessas mulheres em relação aos seus sentimentos de angústia, medo e perspectivas futuras.

A partir do momento em que a mulher vítima se permite falar, expressar sua percepção sobre a experiência traumática, tem a capacidade de atribuir um novo significado à sua vida e, ao fazê-lo, poderá modificar o sentido do sofrimento e superá-lo (LABRONICI, 2012).

Nesse contexto, a enfermeira tem a possibilidade de atuar como tutora da resiliência, de modo a promover e incitar o percurso resiliente, que possui momentos de altos e baixos, e propiciar a superação do trauma vivido, que apesar de deixar marcas, não impede que a mulher vitimada siga sua vida adiante (LABRONICI, 2012) e, ao fazê-lo, estará realizando o cuidado de enfermagem.

Sob essa perspectiva, o cuidado de enfermagem se faz fundamental, já que permite à enfermeira pensar em uma nova forma de olhar a mulher vitimada, a fim de que sejam promovidas estratégias de superação, sem considerar somente as

consequências nocivas ocasionadas pela violência (RODRIGUES; CARINHANHA; PENNA, 2010).

O cuidado é uma ação intencional que se concretiza mediante uma situação de encontro/interação; é uma relação de ajuda, de troca de saberes e construção de novos conhecimentos. Dessa forma, a enfermeira, ao instigar o desenvolvimento do percurso de resiliência, poderá ser tutora da mesma, atuar na promoção da saúde e, concomitantemente, contribuir para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres (LABRONICI, 2012).

Sob essa perspectiva, faz-se necessário destacar que a discussão sobre o tema resiliência é crucial para a prática profissional da enfermeira, pelo fato de ser um conceito operativo, inovador e atual para o cuidado em saúde, que começou a ser mencionado na área da enfermagem em periódicos americanos e europeus somente a partir da década de 1990 (SÓRIA *et al.*, 2006).

Diante da importância da resiliência para o cuidado de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual, é preciso destacar que as publicações científicas relacionadas à temática são escassas, e as pesquisas realizadas costumam tipificar a violência e identificar as alterações psicológicas e sociais resultantes do trauma. Todavia, não existe um aprofundamento sobre os mecanismos de superação desenvolvidos pelas vítimas em relação à agressão sofrida (RODRIGUES; CARINHANHA; PENNA, 2010).

A discussão sobre o tema torna-se importante para a prática profissional da enfermeira, pelo fato do seu conceito ser utilizado nas reflexões sobre o processo de trabalho, proporcionando um conhecimento eficiente, atualizado e que sugere avanços (ASSIS *et al.*, 2006) em relação à atuação da enfermeira no percurso de resiliência das mulheres vítimas de violência sexual.

A partir do exposto, parte-se do pressuposto de que as mulheres vítimas de violência sexual encontram-se no percurso de resiliência ao buscar o serviço de atendimento especializado. Nesse sentido, o objetivo desse estudo é: **conhecer o percurso de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual.**

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 RELAÇÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: UMA APROXIMAÇÃO

As relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres são identificadas no decorrer da história da humanidade, porém, somente em 1968, o termo gênero é mencionado e conceituado pela primeira vez por Robert Stoller. Posteriormente, no ano de 1975, Gayle Ruby publica um importante artigo sobre a temática e estimula novos estudos e publicações (SAFFIOTI, 2004).

A categoria gênero foi proposta para ajudar a discutir as relações sociais estabelecidas entre os sexos, com o intuito de romper com a dualidade entre homens e mulheres, naturalizada e marcada pelo poder masculino. Com origem nas Ciências Sociais, posteriormente migrou para o campo de saberes da Saúde e da Enfermagem (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Em relação aos estudos e publicações no campo da Enfermagem, o termo gênero surge entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, embora pesquisas anteriores já apresentassem problemas que poderiam ser discutidos por meio dessa perspectiva (FONSECA, 2008).

Concomitante à produção de estudos que visavam discutir as relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres, marcadas principalmente pela desigualdade de direitos, verifica-se a luta em defesa da igualdade e equidade entre os sexos, de modo a ressaltar a presença de pessoas com opiniões contrárias às injustiças e às diferenças socialmente construídas (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008), assim como o movimento feminista no processo histórico de inserção da mulher na sociedade.

O movimento feminista, iniciado pelas mulheres americanas, começou a utilizar o termo gênero com mais atenção, a fim de fazer referência à organização social estabelecida entre homens e mulheres e ressaltar o caráter social evidenciado pelas diferenças baseadas no sexo (SCOTT, 1995).

No contexto histórico do feminismo, é possível destacar dois momentos importantes na luta para a autonomia do sexo feminino. O primeiro concentrou-se, principalmente, em torno do movimento sufragista, que reivindicava o direito ao voto

para as mulheres. No Brasil, iniciou em 1890 com a Proclamação da República, porém, diminui seu impacto quando o direito de votar foi estendido a todos os cidadãos na constituição de 1934 (MEYER, 2004).

O segundo momento feminista ocorreu nos países ocidentais após a Segunda Guerra Mundial, apresentou fortalecimento nos anos 1960 e 70 mediante debates e questionamentos estimulados por movimentos americanos e europeus de contestação. No Brasil, estava associado à eclosão de movimentos contrários à ditadura militar e, posteriormente, no decorrer da década de 1980, à redemocratização da sociedade brasileira (MEYER, 2004).

O movimento feminista utiliza o conceito de gênero para enfocar a luta pela igualdade de oportunidades, com a finalidade de reduzir a presença de barreiras visíveis e invisíveis, e que impedem a participação das mulheres no setor econômico, político e social (SILVA *et al.*, 2012).

A consideração sobre gênero está fundamentada na diferença entre os sexos, componente indispensável das relações sociais, da mesma forma que representa um fator primordial para a construção de significados sobre as relações de poder (SCOTT, 1995).

É possível descrever gênero como pressuposto da concepção das relações construídas entre os sexos no contexto social, de modo a diferenciar o sexo biológico do sexo social. Assim, o primeiro diz respeito às diferenças anatômicas e fisiológicas entre homens e mulheres e, o segundo, está relacionado à expressão que essas características adquirem historicamente nas distintas sociedades (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Enquanto componente das relações sociais, a diferença sexual pode estar relacionada a quatro elementos: o primeiro está pautado nos símbolos culturalmente disponíveis; o segundo nos conceitos normativos; o terceiro nas instituições e organizações sociais; e o quarto na construção de identidades subjetivas, que compreende as relações complexas estabelecidas no processo de interação humana (SCOTT, 1995).

Sob a perspectiva da diferença sexual, o sexo costuma ser definido como um componente biológico indispensável e com diferentes formas de expressão: fisiológica, anatômica e cromossômica. Assim, na sociedade os seres humanos são classificados como homens ou mulheres a partir das características biológicas (STREY; PULCHERIO, 2010).

Ao considerar as características biológicas dos seres humanos como responsáveis pela diferenciação entre o sexo masculino e feminino, nota-se o seu potencial regulador sobre a construção das relações sociais, de modo que a dinamicidade presente no contexto social reforça a necessidade de observação constante em relação à manutenção do cumprimento desse ideal no transcorrer do tempo (MARQUES, 2010).

A construção histórica das relações sociais estabelecidas a partir da diferenciação sexual relaciona-se à definição de gênero, uma vez que diferencia o sexo biológico do sexo social, resultado do relacionamento entre homens e mulheres. Sob essa perspectiva, deve ser compreendido como característica das interações humanas, nas quais as diferenças são naturalizadas e consideradas inquestionáveis (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Compete ao gênero nomear as relações sociais e culturais estabelecidas entre homens e mulheres, não somente como indivíduos dotados de um determinado sexo, mas como sujeitos sociais que apresentam identidades e atribuições (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009). Também está relacionado ao poder estruturado a partir da percepção e da forma como a vida em sociedade está organizada (SILVA *et al.*, 2012).

As relações estabelecidas entre os sexos podem ser consideradas como um fenômeno construído a partir da naturalização da característica social atribuída a cada sexo, evidenciada nas categorizações hierárquicas e historicamente construídas. Deste modo, nota-se a submissão das mulheres, qualificadas como insuperavelmente inferiores, pelo fato de serem biologicamente distintas dos homens (FONSECA; GUEDES, 2011).

Sob esse olhar, cada mulher componente do coletivo feminino divide com as demais o estatuto de menor valor e poder social. Todavia, destaca-se a necessidade de enfrentamento da condição desigual em relação ao homem, por meio da negação da cultura vigente, compreendida pelas especificidades distintas destinadas a cada um (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

A elaboração de uma identidade social designada tanto para a mulher quanto para o homem, ocorre mediante a atribuição de diferentes papéis impostos pela sociedade. Nesse sentido, há a expectativa de que cada um desempenhe suas atividades de acordo com as áreas específicas em que é permitido atuar (SAFFIOTI, 1987).

Sob essa perspectiva, as questões de gênero podem ser compreendidas como articulações profundas e complexas presentes na sociedade e, conseqüentemente, manifestadas em todos os níveis da vida humana, desde a infância até a velhice, com a capacidade de permear os contextos intrapsíquicos, sociais, políticos e econômicos (STREY, 2012).

Diante da influência das questões de gênero na vida humana, verifica-se que as concepções em relação ao sexo podem ser criadas e modificadas no decorrer do processo histórico. Assim, a identidade designada ao masculino e ao feminino é composta e definida pelas relações sociais, e moldada pelas redes de poder presentes na sociedade (ZÜMICK, 2012).

As características atribuídas a cada sexo são elaboradas a partir do próprio ser, da família, do sistema educacional e dos meios de comunicação. Dessa forma, é possível observar que a construção dos papéis sociais pode ser modificada a partir das diferenças na educação de meninos e meninas (ALVAREZ; GOMEZ; JARA, 2012).

Sob esse olhar, Simone de Beauvoir (1970) afirma que o ser humano enquanto criança não se percebe como sexualmente diferenciado, porém, o processo civilizatório transforma-o em um produto intermediário, classificado entre o masculino e o feminino. Isso significa dizer que não se nasce mulher, mas torna-se mulher.

A naturalização dos papéis femininos e masculinos está fortemente vinculada às percepções tradicionais e às características socialmente construídas, designadas tanto para os homens como para as mulheres, é responsável por promover a hierarquização entre os sexos e determinar a definição de duas extremidades: uma marcada pelo poder, na qual o homem é forte, ativo e racional; e outra pela submissão, em que a mulher é sensível, passiva e emotiva (CORTEZ; SOUZA, 2008).

Diante disso, o relacionamento entre os sexos pode ser assinalado por meio da relação social de dominação, embasada no princípio da divisão entre o masculino e o feminino, que consiste respectivamente no ser ativo e passivo. Essa concepção é responsável por criar, organizar, expressar e dirigir as questões de posse e subordinação (BOURDIEU, 2010).

Compete à mulher o papel de ser discreta, submissa e passiva, de forma que seja inibida toda e qualquer propensão para a agressividade. Caso apresente

um perfil de independência, deverá ocultar essa qualidade, pois somente é considerada positiva quando o homem a demonstra. Neste sentido, os papéis construídos para cada sexo constituem estereótipos, modelos que buscam enquadrar a todos, sem considerar as particularidades de cada um (SAFFIOTI, 1987).

A mulher, como integrante de um universo restritivamente feminino, somente será valorizada na medida em que desempenhar as funções relacionadas à reprodução da espécie humana, constituir um conjunto familiar e exercer um papel fundamental na tarefa de cuidar dos filhos, do lar e da vida doméstica (FONSECA; GUEDES, 2011).

O ideal previamente construído sobre a hegemonia masculina designa à mulher a responsabilidade pelo cuidado familiar e pelas tarefas domésticas, mesmo quando participa da provisão econômica do lar ou é a única provedora da família (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Integrar o universo feminino significa para a mulher evitar todas as atitudes caracterizadas como sinais de virilidade. A diferença biológica estabelecida entre os sexos é um modo de justificar a diferença social construída entre os gêneros, como pode ser observado na divisão social do trabalho (BOURDIEU, 2010).

A atitude tradicional das mulheres de se adaptarem às necessidades e estilos masculinos atua a favor da consolidação do poder dos homens, o que permite a identificação da construção de um círculo vicioso, no qual o sexo feminino é encorajado a definir as interpretações masculinas como verdadeiras (STREY, 2012).

As diferenças sociais designadas ao masculino e feminino são responsáveis por atribuir ao homem o poder e a dominação, e à mulher a submissão, elementos que compõem o modelo patriarcal. Nessa perspectiva, o sistema de dominação e exploração de gênero utiliza a determinação do sexo como uma forma de encobrir as relações de subordinação, socialmente estabelecidas e marcadas pelo processo histórico (GOMES, 2003).

O patriarcado é uma corrente que possibilita discutir as questões de gênero e tem a capacidade de pressupor a tutela masculina sobre a feminina, o que torna incompatível a ideia de igualdade e liberdade entre os sexos. Desse modo, as mulheres são submetidas a seguir consentimentos sem respeitar a autonomia das suas escolhas (FONSCECA; GUEDES, 2011).

A partir do advento do patriarcado, que tem a capacidade de garantir a submissão do sexo feminino ao masculino (SAFFIOTI, 1987), o homem passa a reforçar o seu papel social por meio da concepção de único criador dos filhos. Mesmo que seja forçado a aceitar a função da mulher na procriação, restringe-a somente a tarefa de carregar e alimentar a semente viva que gerou (BEAUVOIR, 1970).

Outra corrente que abrange a análise da relação entre os sexos está relacionada à tradição marxista, na qual o conceito de gênero foi tratado como um subproduto das estruturas econômicas, e a composição familiar, o ambiente doméstico e a sexualidade foram considerados como produtos de formas cambiantes de produção (SCOTT, 1995).

Além do patriarcado e da tradição marxista, existe uma terceira corrente que se divide entre duas escolas: o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas. Ambos se inspiraram nas diferentes escolas de psicanálise, a fim de explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais (SCOTT, 1995).

Importante se faz mencionar que as três correntes, apesar de apresentarem diferentes perspectivas para discussão das questões de gênero, buscam explorar a temática principalmente a partir de aspectos sociais, a fim de compreender a forma como esse conceito encontra-se estruturado e fortemente vinculado às relações estabelecidas entre os sexos.

Além disso, existem três formas de discursos utilizadas para relacionar a diferença entre homens e mulheres: a primeira é a inequidade, que compreende o homem ocupando posição de superioridade e de autoridade; a segunda é a equidade, em que ambos disputam as mesmas oportunidades, e a terceira é a igualdade, baseada na concepção dos direitos universais, nos quais é necessário modificar a ideia do masculino como superior e do feminino como subordinado (WYROD, 2008).

Diante das diferenças biológicas e da identidade socialmente construída, que caracteriza o ser humano como homem ou mulher, é possível observar, na perspectiva do contexto social, o desencadeamento de assimetrias, inequidades e desigualdades entre os sexos (ZÜMICK, 2012).

A desigualdade estabelecida entre masculino e feminino é considerada como uma das principais contradições mantidas no decorrer do processo civilizatório

(GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009), pode ser compreendida por meio do desequilíbrio existente sobre o acesso à informação, ao exercício do poder, à capacidade de obter recursos sociais, à tomada de decisões, responsabilidades e expectativas, condicionando a perpetuação das diferenças entre homens e mulheres (MALDONADO; CUEVAS; TORRES, 2011).

Observa-se no contexto da dessemelhança construída nas relações entre homens e mulheres, a ausência de pessoas que possuem o mesmo valor, e é negado ao sexo feminino o direito de decidir e agir da forma como bem entender (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

O padrão de desigualdade presente no campo da sexualidade, por exemplo, é responsável por inibir a vontade da mulher. A concepção masculina em relação ao sexo como necessidade e instinto biológico, pode caracterizar a superioridade e o controle sobre o direito sexual das mulheres. Deste modo, destaca-se a reafirmação da identidade do sexo masculino concomitante à posse do corpo feminino (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Sob essa perspectiva, compreende-se que pelo fato dos homens exercerem o domínio sobre o poder público e o espaço doméstico, possuem a capacidade de controlar a atitude e o corpo das mulheres. Assim, utilizam a violência como um mecanismo para reafirmar a autoridade masculina, seja de forma efetiva ou subliminar (IPEA, 2014).

A desigualdade resultante da diferença de poder entre os sexos, quando convertida em uma forma de conflito, apresenta a violência como uma das principais manifestações e é traduzida por relações de força e dominação. De tal modo, pode ser compreendida como um fenômeno social que influencia diretamente o modo de viver, adoecer e morrer da mulher vitimada (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

No contexto da violência sexual, a prática da violação exercida pelo agressor dificilmente é consequente de um desejo sexual, porquanto a intenção é justamente ofender, humilhar e dominar, o que se configura como manifestação de empoderamento e dominação sobre a vítima (OSHIKATA *et al.*, 2011). Desta forma, a mulher passa a ser considerada simplesmente um objeto de manipulação, estabelecendo-se, assim, uma relação desigual.

A violência sexual pode ser definida como uma ação que obriga a mulher a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, através de coerção, ameaça ou uso da força física. Também, está relacionada à limitação e

anulação do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, por meio da obrigação matrimonial, gravidez, aborto, uso de métodos contraceptivos e prostituição (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (2012) adota o conceito de violência sexual proposto por Jewkes, Sen e García-Moreno (2002), que a define como qualquer conduta ou tentativa de conseguir um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, utilização de meios coercitivos para o comércio ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, realizados por qualquer indivíduo, independente do contexto ou relação com a vítima.

Importante se faz ressaltar que a violência sexual destaca-se por caracterizar uma forma extrema de poder do homem sobre a mulher, visto que seu corpo passa a ser objeto, o que gera anulação na sua autonomia enquanto sujeito portador de direitos (OLIVEIRA, 2007).

Em Uganda, apesar das mulheres terem à disposição políticas públicas que atuam na promoção dos seus direitos humanos, assim como serviços e organizações não governamentais que são responsáveis por medidas de intervenção para melhoria da qualidade de vida da população feminina, ainda predomina a desigualdade de gênero, e há obstáculos significativos no avanço dos direitos sexuais, como em relação à autonomia e saúde sexual, marcada pela feminilização da AIDS no país (WYROD, 2008).

A violência sexual pode estar presente em diferentes formas de relacionamentos marcados pela procura excessiva de prazeres individuais, com contínuas situações e modalidades de repetição, sem considerar o respeito à ética e à moral do outro com quem mantém ou não vínculo familiar. Algumas mulheres, vítimas de violações sexuais por parte de seus companheiros, são submetidas a atos indesejados, a partir de ameaça ou violência física (MORAES *et al.*, 2012).

Pesquisa realizada no Sudão do Sul sobre a construção das relações de gênero constatou que do total de 680 participantes, 42% tinham conhecimento de pelo menos um caso em que o homem forçou a mulher a fazer sexo, 51% das mulheres e 45% dos homens entrevistados consideravam que a mulher é obrigada a manter relação sexual mesmo que não seja o seu desejo, e o ato não é reconhecido como estupro (SCOTT *et al.*, 2013).

No Brasil, uma pesquisa desenvolvida com 1.501 pessoas residentes em localizações urbanas, com faixa etária acima de 18 anos, constatou que 56% dos

entrevistados consideram a violência contra a mulher e o estupro como crimes de maior repetição no cenário brasileiro (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2013).

A violência sexual, compreendida como uma das demonstrações mais bárbaras e constantes de agressão à mulher, apresenta a dimensão de uma pandemia prevalente em diversos espaços sociais. Também representa uma forma de violência simbólica e moral, que deixa sua marca no imaginário das mulheres, promove vulnerabilidades em relação à contínua sensação de insegurança, perpetuando uma cultura violenta e de dominação masculina (BRASIL, 2012a).

Estimativa mundial realizada em 2010 apresenta que 7,2% das mulheres com idade superior a 15 anos tenham sido vítimas de violência sexual perpetrada por pessoa desconhecida. Entre as regiões com maior prevalência, destacam-se a África Subsaariana Central (21%), África Subsaariana do Sul (17,4%), Australasia (16,4%) e América Latina dos Andes (15,3%) (ABRAHAMS *et al.*, 2014).

De acordo com uma pesquisa realizada em diversos países pela Organização Mundial da Saúde (2012), a violência sexual, assim como a física, praticada pelo parceiro íntimo, acomete aproximadamente 70% das mulheres na Etiópia. No Peru, de 10 a 12% são vítimas de violência sexual perpetrada por uma pessoa desconhecida.

A proporção de mulheres vítimas da violência sexual em locais marcados por conflitos armados apresenta expressão significativa. A partir de uma pesquisa realizada com 255 mulheres sobreviventes de um conflito no leste da República Democrática do Congo, atendidas em um hospital de referência e duas organizações não-governamentais locais, constatou-se que 75,5% foram estupradas, duas em cada três sofreram estupro coletivo na mesma ocasião, e 83% identificaram o autor da violação pelo uso do uniforme militar (KELLY *et al.*, 2011).

Nos Estados Unidos, pesquisa realizada com 5.857 mulheres na faixa etária de 18 a 44 anos, revelou que aproximadamente uma em cada quatro mulheres havia sofrido coerção sexual em algum momento de suas vidas e 12,5% vivenciaram na primeira relação (STOCKMAN; CAMPBELL; CELENTANO, 2010).

No mesmo sentido, uma pesquisa desenvolvida no Brasil composta por 1.800 participantes de ambos os sexos com idade superior a 16 anos, destaca que 27% das mulheres entrevistadas referiram ter vivenciado alguma forma de agressão grave, e 15% relataram serem obrigadas a realizar sexo forçado ao menos uma vez na vida (INSTITUTO AVON/IPSOS, 2011).

Estima-se que no Brasil, anualmente, 0,26% da população seja vítima de violência sexual. Essa porcentagem equivale a 527 mil tentativas ou casos de estupros consumados no país. Também é importante destacar que somente 10% das ocorrências são relatadas à polícia (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Dados proporcionados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública revelaram que a taxa de estupros correspondentes ao ano de 2012 foi de 26,1 ocorrências para 100.000 habitantes, e entre os estados com maiores registros, destacaram-se Roraima (52,2), Rondônia (49), Santa Catarina (45,8), Rio Grande do Sul (43,5) e Mato Grosso do Sul (40,6) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2013).

No estado do Paraná, dos 10.515 casos notificados de violência contra a mulher entre os anos de 2009 a 2011, 21,87% foram referentes à violência sexual, sendo que destes, 46,97% foram por estupro, 24,79% por atentado violento ao pudor e 19,37% por assédio sexual (PARANÁ, 2012).

Em pesquisa desenvolvida na Delegacia da Mulher em Guarapuava, no estado do Paraná, por meio da análise de 4.478 Boletins de Ocorrência e Termos Circunstanciados de mulheres vítimas de violência, foi possível observar que em 143 (3,2%) ocorrências a violência sexual esteve presente (RAIMONDO; LABRONICI; LAROCCA, 2013).

Apesar de pesquisas proporcionarem porcentagens relacionadas ao número de mulheres abusadas sexualmente, é preciso considerar que uma quantidade significativa de vítimas não realiza a denúncia. Nesse contexto, a violência sexual apresenta características que a tornam distinta de outros tipos de agressões, pois pode ser considerada como uma forma de delito invisível, acompanhado pelo silêncio (WILCHES, 2010).

Sem conhecer barreiras delimitadas, a violência sexual contra a mulher pode estar presente nos diferentes níveis socioeconômicos, de escolaridade, etnias, religiões e faixas etárias, com predomínio tanto no espaço público como no privado (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). Entre os agressores são destacados os companheiros, familiares, vizinhos, amigos e desconhecidos (BRASIL, 2012; AQUINO *et al.*, 2009; REIS, 2008).

Pesquisa realizada por meio dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), correspondentes ao ano de 2011, apresenta que do total de 13 mil mulheres vítimas de violência sexual atendidas nos serviços de

saúde, 64,4% sofreram agressão em sua residência e 17,9% em via pública. Quando questionadas sobre o agressor, em 32,8% dos registros era desconhecido da vítima e 27% era um amigo/conhecido (WAISELFISZ, 2012).

No Peru, pesquisa realizada com uma amostra de 1.542 mulheres que residiam em regiões urbanas marginais e 2.429 em áreas urbanas, constatou que a violência sexual é apresentada com maior frequência nos locais urbanos (41%), enquanto 34% ocorrem nos urbanos marginais, e as mais referidas foram: tentativas de relações sexuais contra a vontade da mulher, ocorrência de relações sexuais inconscientes ou relacionadas ao medo de negar e ato sexual cometido por meio da força física (SÁNCHEZ; PARRA; GARCÍA, 2012).

Sob essa perspectiva, uma pesquisa realizada em Campinas/SP com 678 mulheres atendidas em um serviço universitário de referência para vítimas de violência sexual, no período de junho de 2006 a dezembro 2010, destacou a rua (41,7%) como principal local de abordagem, seguido pela residência (20,9%). No que diz respeito ao agressor, 69,2% era desconhecido, e 92,5% dos casos ocorreram mediante intimidação (FACURI *et al.*, 2013).

Em relação aos danos imediatos que a violência sexual pode ocasionar estão a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada, e no caso de agravos tardios podem ocorrer cefaléia crônica, sintomas gastrointestinais, dor pélvica, disfunção sexual, alterações na saúde mental, como sintomas ansiolíticos, depressivos, síndrome do pânico, ingestão inadequada de alimentos e uso de drogas ilícitas em excesso (VILLELA; LAGO, 2007; BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial da Saúde (2003) classifica as consequências da violência sexual à saúde da mulher em física, na qual se destacam o aborto forçado, a infertilidade, lesões genitais e não genitais, como contusões, lacerações, trauma em tornozelo, pulso, pescoço, anal e retal, e a psicológica, que engloba as fobias sociais, tentativa de suicídio, sensação de fadiga, distúrbios do sono e da alimentação, dor menstrual, náusea e dificuldade sexual.

No caso de mulheres em fase gestacional, a violência sexual favorece a ocorrência de aborto espontâneo, nascimento de neonato pré-termo e com baixo peso ao nascer. Ainda interfere na dinâmica familiar, de modo a influenciar o bem-estar das crianças cujas mães são vítimas, e podem apresentar elevado número de depressão e estresse pós-traumático. Além disso, quando o pai é o agressor, pode

causar efeitos destrutivos em função da incapacidade de oferecer afeto e exercer a paternidade (BRASIL, 2012).

Algumas mulheres vítimas de violência sexual passam a desenvolver memórias traumáticas associadas a emoções perturbadoras e reações como raiva, vergonha, ansiedade e solidão. Outras possuem a capacidade de reduzir o desgaste emocional, evitar pensamentos e lembranças da violação vivida, por meio de mecanismos psicológicos e substâncias, ou através do convencimento de que o trauma não foi importante ou prejudicial ao seu bem-estar e, portanto, não vale a pena recordá-lo (DRAUCKER *et al.*, 2009).

O silêncio das mulheres vítimas de violência sexual originado pela culpa e vergonha geralmente é construído por imaginários culturais e ideologias patriarcais, que defendem a concepção de que são capazes de evitar a violação e, quando vitimadas, devem assumir a responsabilidade por algumas atitudes com o intuito de provocar seus agressores (WILCHES, 2010).

As atitudes são evidenciadas pela relação entre a feminilidade e as ideias de sedução, pecado e responsabilidade sobre a atração sexual desencadeada no sexo oposto. Dessa forma, é construída a concepção de que a mulher pode ser considerada como culpada pela violência sexual sofrida, além de promover a manutenção dos papéis de subordinação, ser social secundário e inativo (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Para as sobreviventes da violência sexual, a culpa tem a capacidade de provocar um trauma silenciado pelas atitudes negativas das pessoas e serviços, e que deveriam oferecer apoio. Assim, tanto sua experiência traumática, como suas perspectivas mantêm-se encobertas, e a capacidade de conhecer as causas e consequências da agressão tornam-se indecifráveis (AHRENS, 2006).

As mulheres caracterizam-se por frequentar de forma significativa os serviços de saúde, devido a construção social do seu papel como cuidadora dos membros familiares, e pela responsabilidade em cuidar de outras pessoas. Deste modo, esses espaços destinados ao cuidado também podem ser responsáveis pela captação da violência, geralmente implícita entre as necessidades que elas apresentam (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Em contrapartida, uma pesquisa realizada no Brasil com 1.501 participantes destaca que apenas 7% dos entrevistados acreditam que os serviços de saúde consistem em uma forma de apoio à mulher vítima de violência, enquanto a

Delegacia da Mulher representa 75%, a polícia 57%, e os amigos e familiares 47% da amostra total (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2013).

Na medida em que os profissionais que compõem os serviços de saúde apresentam a capacidade de identificar as situações de violações vividas pelas mulheres que buscam atendimento, a partir das suas necessidades de saúde, tornam esses locais conhecidos como uma possibilidade para o apoio das vítimas na trajetória em direção ao enfrentamento da violência. Ainda se faz necessário que utilizem a escuta ativa e o olhar diferenciado, porque geralmente as vítimas buscam assistência com frequência, apresentam muitas queixas, porém, sem causa aparente (COSTA *et al.*, 2011).

Sob esse olhar, importante se faz destacar que as enfermeiras integrantes da equipe de saúde que prestam assistência à mulher em situação de violência, necessitam de conhecimentos sobre a problemática, além de habilidades para prestar um cuidado evidenciado pela escuta e acolhimento (MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

Ao considerar as mulheres como principais vítimas da violência sexual, é preciso que a enfermeira, enquanto responsável pelo atendimento à saúde da mulher, adquira conhecimentos e desenvolva habilidades específicas no cotidiano da sua prática profissional, a fim de desempenhar um cuidado na perspectiva da humanização, com poder de transformação, e que poderá ser sentido e vivido por quem cuida e é cuidado (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Compreende-se que a enfermeira, ao estar inserida em uma prática social e ser integrante da equipe de saúde, precisa aprimorar seus conhecimentos sobre a violência sexual contra a mulher, construir um processo de trabalho baseado no cuidado com perspectiva para a atenção individual e coletiva, por meio da atuação clínica, educacional e gerencial, respondendo às necessidades e demandas em saúde (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Em pesquisa realizada para identificar barreiras e facilitadores relacionados ao questionamento da enfermeira à mulher sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo, foi possível evidenciar a necessidade de treinamento em relação à temática nos programas de educação formal em enfermagem, assim como na formação profissional continuada, a fim de permitir a possibilidade de desenvolver habilidades e aprender por meio da experiência do outro (BEYNON *et al.*, 2012).

A qualidade da atenção prestada pela enfermeira para as vítimas de violência sexual em relação ao enfrentamento da agressão vivenciada é relevante, pois a desqualificação do profissional ocasiona o desacerto entre a assistência oferecida e as necessidades no momento em que procuram o serviço de saúde (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

O sofrimento ocasionado pela violência sexual, na maioria dos casos, é observado pelos profissionais por meio de um olhar biomédico, que caracteriza a agressão contra a mulher como uma experiência corporal feminina, compreendida por intermédio de sintomas com possibilidades de diagnóstico e tratamento. Essa ênfase pode justificar-se pelo fato da área da saúde dedicar seus esforços somente na atenção aos agravos provocados pela violação (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

É possível perceber que o cuidado de enfermagem oferecido à mulher vítima de violência sexual geralmente segue o modelo biomédico, no qual a assistência está direcionada ao fazer, de modo a enfatizar a dimensão técnica. É preciso compreender que a ação de cuidar deverá superar o atendimento tecnicista, e ser associada à sensibilidade humana e à subjetividade dessa relação, que reconhece a mulher como um ser único e singular (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010; LABRONICI, 2012).

Diante dessa perspectiva, a enfermeira deve estabelecer uma interação com a vítima de forma a escutar ativamente, orientar, acolher, elaborar um projeto assistencial contínuo, e que permita a participação da usuária, a fim de garantir os direitos e a emancipação da mulher (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A competência profissional da enfermeira está entre outros atributos, na sensibilidade, que possibilita a compreensão do cliente, a sua forma de vivenciar a violência sofrida, e permite avançar para além da sua superficialidade, a fim de adentrar no mundo privado, ajudando a vítima a superar a experiência vivida que deixou marcas no seu corpo, e que podem ser apreendidas pela percepção (CORREA; LABRONICI; TRIGUEIRO, 2009).

A enfermeira ao desenvolver uma assistência que envolve as múltiplas dimensões do ser humano, valorizando-o na sua totalidade mediante o entrelaçamento das ações de cuidados técnicas e expressivas, relacionadas à subjetividade (LABRONICI, 1999), estará promovendo uma forma de cuidar

fundamental para o enfrentamento do trauma vivido por mulheres vítimas de violência sexual.

Além disso, o serviço de saúde onde as mulheres vitimadas buscam atendimento para recuperação do seu estado de bem-estar, também passa a ser visto como uma fonte de apoio, em função da demanda gerada pelas consequências físicas e emocionais (MARTSOLF *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que a mulher pode se isolar ao invés de procurar ajuda, pelo medo das ameaças e de sofrer uma nova agressão, assim como a vergonha em denunciar a situação de violência, contribuem para o seu isolamento, que as faz permanecerem refugiadas em um silêncio estendido até os serviços de saúde, locais que podem servir como fonte de apoio para a construção do enfrentamento (DUTRA *et al.*, 2013).

Os serviços de saúde são considerados como espaços privilegiados, onde os profissionais responsáveis pelo atendimento à mulher têm a capacidade de romper tanto o silêncio como o ciclo da violência no qual a vítima está inserida (MORAES *et al.*, 2012). Nesses cenários, a consulta de enfermagem e as visitas domiciliares podem ser consideradas como importantes para o reconhecimento da violência, vez que é manifestada por meio de sinais e da verbalização do vivido pelas mulheres vitimadas ou pessoas da sua convivência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Ao conceber que algumas mulheres evitam procurar o serviço de saúde para relatar a agressão sofrida, é necessária a busca ativa dos casos de violência sexual, pois além de possibilitar uma aproximação com o número real de agressões, a equipe de saúde pode auxiliar a minimizar o comprometimento do bem-estar físico e mental, modificado pela experiência da violência (AQUINO *et al.*, 2009).

Reconhecer a violência por meio dos serviços de saúde é fundamental para a elaboração de um cuidado integral, da mesma forma que uma assistência adequada, que avança para além do aspecto médico, priorizando o respeito aos direitos humanos como forma de recuperar-se das violações, e o restabelecimento da ética no processo de construção das relações interpessoais (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Neste sentido, pesquisa realizada sobre a qualidade dos serviços responsáveis pelo atendimento de vítimas de violência sexual evidenciou fatores positivos e negativos na assistência oferecida pelos profissionais, relacionados à

atenção focada no abuso sexual, estabelecimento de relações interpessoais e competência do responsável pelo atendimento, os quais influenciaram na recuperação dos efeitos deletéricos ocasionados pela violação, quando desempenhados positivamente (MARTSOLF *et al.*, 2010).

O atendimento realizado nos serviços estimula respostas positivas aos sobreviventes da violência sexual, influenciando no comportamento, funcionalidade, estado de espírito e autoestima da vítima. É possível observar a redução das ações de autodestruição e da negação sobre a resolução dos problemas e aumento na capacidade de realizar as tarefas da vida diária, assim como permite a sensação de autonomia, diminuição do sentimento de depressão, ansiedade e culpa, elevando a autoconfiança (MARTSOLF *et al.*, 2010).

A existência de um serviço de saúde que atende mulheres vítimas da violência sexual pode promover esperança às agredidas, pois acreditam que ao encontrar um espaço aberto para a escuta sobre seus sentimentos em relação à agressão, isso ajudará a amenizar suas inquietações e, assim, saírem mais fortalecidas da situação em que se encontravam, para dar prosseguimento às suas atividades ou transformar o sofrimento em crescimento (MAGALHÃES, 2008).

Destarte, é possível que as mulheres vítimas consigam refazer-se da ferida emocional causada pela violência sexual, e voltar a viver uma vida semelhante à daquelas que não vivenciaram esse trauma. Essa capacidade de enfrentar a dor e as experiências traumáticas e difíceis, consiste em uma forma de resiliência da mulher vitimada (WILCHES, 2010).

4 RESILIÊNCIA COMO REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de resiliência foi utilizado inicialmente na Física pelo médico, físico e egiptólogo Thomas Young, que em seus estudos descreveu como um corpo se deforma e retorna ao seu estado anterior, sem sofrer alterações permanentes (NORONHA *et al.*, 2009).

Thomas Young desenvolveu em 1807 estudos na área da ciência dos materiais sobre a elasticidade, e ao descrever a capacidade do corpo voltar ao seu estado original após sofrer uma deformação, tornou-se o pai da óptica fisiológica (GRIMAL, 1969; SCHULUPP; RODRIGUES, 1978). Ao introduzir, pela primeira vez, a noção de módulo de elasticidade, a partir dos experimentos realizados em um corpo e sua deformação, cria o conceito de resiliência na Física (TIMOSHENKO, 1993), que, posteriormente, foi adaptado para as ciências humanas.

Há que se destacar que o conceito de resiliência utilizado nas ciências humanas representa a capacidade que o ser humano possui para construir-se e reconstruir-se de forma positiva diante das adversidades da vida, mesmo quando inserido em um ambiente desfavorável (BARLACH, 2005).

O conceito de resiliência utilizado na física difere daquele usado nas ciências humanas, porque o ser humano, ao vivenciar as adversidades, não regressa ao seu estado anterior, mas tem a possibilidade de enfrentá-las e adaptar-se a elas, de maneira a encontrar fatores de proteção para superar a experiência traumática (LABRONICI, 2012).

No contexto das ciências humanas e da saúde, o conceito relaciona-se à capacidade do indivíduo responder e reagir de maneira positiva aos acontecimentos adversos que enfrenta, mesmo quando significam risco potencial a sua saúde e ao seu desenvolvimento (SILVA; ELSEEN; LACHARITÉ, 2003).

É possível compreender que a resiliência só pode ser pensada a partir do momento em que o ser humano vivencia em sua trajetória de vida uma experiência traumática que exige a tomada de decisão, no sentido de querer enfrentá-la e seguir adiante.

A experiência traumática neste estudo é a violência sexual sofrida pelas mulheres, um fenômeno que pode deixar marcas visíveis e invisíveis, revela-se

como violento para a nossa sociedade (LABRONICI *et al.*, 2010) e causa sofrimento e dor.

A violência sexual, apesar de ser um evento biológico, com duração limitada, pode ser controlada. Segundo Cyrulnik (2004), a experiência traumática adquire um significado que depende do contexto cultural e da história de quem a vive. O trauma, em sua origem etimológica, significa “choque violento capaz de desencadear perturbações somáticas e psíquicas” (CUNHA, 2010, p. 647).

Na perspectiva da psicologia, o trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são violadas, e a forma como o ser humano o considera depende do estímulo estressor e da tendência do seu processo perceptual (PERES; MERCANTE; NASELLO, 2005).

O traumatismo é refletido como um episódio brutal que desvia o indivíduo de seu desenvolvimento sadio previsível, e o impacto gerado pode ser classificado em dois momentos: o primeiro é responsável por ocasionar a dor da ferida, e o segundo desencadeia o sofrimento relacionado à humilhação enfrentada a partir da experiência vivida (CYRULNIK, 2004).

A dor da ferida, no caso da mulher vitimada pela violência sexual, ocorre no momento da consumação do ato, e após esta violação há o evento traumático que rompe a bolha sensorial, o que possibilita o início do processo de cicatrização, em que a reparação da lesão ocorre de forma lenta, e deve ser estimulada por fatores internos e externos (CYRULNIK, 2001).

Diante da presença de um ferimento, a resiliência representa uma nova forma de olhar, uma muralha derrubada que necessita ser reconstruída, a fim de alcançar um novo significado que não elimina o problema, visto que faz parte da história do sujeito, mas possibilita a superação (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Importante destacar que na década de 1970, período em que as pesquisas sobre o desenvolvimento humano foram realizadas com crianças denominadas invulneráveis, esse tema estava relacionado a indivíduos essencialmente fortes, que não enfraqueciam diante das pressões da vida ocasionadas pelo estresse e pelas adversidades (MUNOZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

Para elucidar a aplicação da definição de crianças invulneráveis, destaca-se a pesquisa longitudinal e pioneira sobre resiliência, realizada na cidade de Kauai (Hawaí) com 698 nascidos-vivos no ano de 1955, que acompanhou essa população desde o período pré-natal até os 32 anos de idade, e constatou que

aproximadamente 10% da amostra que se encontrava em situação de vulnerabilidade na infância, apresentou desenvolvimento satisfatório na vida adulta, e após a exposição a eventos traumáticos desenvolveu uma adaptação bem sucedida (WERNER, 1995).

Outra pesquisa longitudinal que contribuiu como marco para os estudos sobre resiliência foi realizada por Michel Rutter de 1979 até 1989, com 125 crianças, filhos de pais portadores de doença mental, e constatou que muitas não cederam às privações e adversidades expostas na infância, assim como não apresentaram qualquer tipo de doença mental ou problemas de comportamento (RUTTER, 1985).

Atualmente, o estudo da resiliência tem destaque na medida em que “é concebida como a capacidade do ser humano construir uma trajetória de vida e de desenvolvimento positiva apesar das condições adversas que o cercam” (SILVA, 2003, p. 8).

A resiliência pode ser compreendida como forma de apelo que o ser humano faz aos seus recursos internos disponíveis para atuar no enfrentamento de determinada situação traumática, contando com o apoio de meios externos (CYRULNIK, 2001), a fim de traçar um percurso favorável ao seu bem-estar.

Sob esse olhar, a análise desta pesquisa será fundamentada no conceito proposto por Labronici (2012, p. 631), que concebe a resiliência como um

processo de mobilização interna que desencadeia um movimento de rupturas e de abertura existencial em direção ao outro, com o intuito de ser ajudado, de transcender a experiência vivida e encontrar um novo sentido para a existência, mesmo que provisório.

A capacidade de algumas pessoas se manterem resistentes às provações após o trauma, e até se utilizarem dele para se tornarem ainda mais humanas, pode ser explicada pela obtenção de recursos internos de afeto e comportamento, e que estão à disposição de meios externos sociais e culturais (CYRULNIK, 2004).

A trajetória de resiliência pode ser considerada como processo psicológico dinâmico e complexo que envolve recursos pessoais, ambientais e relacionais, interligados a determinado contexto e que permite o enfrentamento do evento traumático (POLETTTO, 2008). Denota a superação diante de uma dificuldade, e a possibilidade da construção de novos caminhos (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Sob essa perspectiva, a resiliência está relacionada à capacidade do indivíduo estabelecer um processo de negociação com os recursos pessoais e

ambientais a sua disposição, a fim de superar, da melhor maneira, os acontecimentos negativos responsáveis pelo estresse (AMARO, 2010).

Os recursos pessoais, ambientais e relacionais que estão à disposição da mulher vitimada são responsáveis por oferecer fatores de proteção. Esses “devem ser abordados como processos, nos quais diferentes fatos interagem entre si e alteram a trajetória da pessoa, produzindo uma experiência de cuidado, fortalecimento ou anteparo ao risco” (POLETO; KOLLER, 2008, p. 409).

Os fatores de proteção podem ser facilitadores, quando o indivíduo identifica e enfrenta o risco (PESCE *et al.*, 2004), são responsáveis pela redução do seu impacto, mediante os efeitos desencadeados pela própria situação de vulnerabilidade, alteram a exposição ou a relação com o mesmo, de modo a diminuir a probabilidade de reações negativas no processo de enfrentamento, e promovem a autoestima e a autoeficácia (RUTTER, 1993). Além disso, possuem a capacidade de serem determinados mediante características individuais, adquiridas no decorrer da trajetória de vida.

Destarte, a mulher vítima de violência sexual que está diante de uma situação de risco, tem a sua disposição fatores de proteção tanto internos como externos, que poderão auxiliar e reforçar o seu enfrentamento e a superação do trauma vivido, a fim de promover a elaboração de um percurso de vida resiliente.

No mesmo sentido, uma pesquisa realizada com mulheres vitimadas sexualmente encontrou como fatores de proteção a ajuda de pessoas significativas, que as impulsionaram para a superação ou diminuição do sofrimento. Em contrapartida, aquelas que não tiveram apoio de familiares, amigos e serviços sociais, apresentaram maior dificuldade para estabelecer o enfrentamento (MARTINS, 2011).

O modo como a família e o meio cultural se expressam em relação à ferida pode diminuir ou aumentar o sofrimento da vítima. Por conseguinte, o contexto afetivo e social tem a capacidade de fornecer tutores de resiliência ao ferido, que de forma conjunta, poderão retomar o seu desenvolvimento (CYRULNIK, 2006).

É possível observar a existência de serviços que estimulam o processo de enfrentamento do trauma gerado pela violência sexual, a partir das marcas da violação gravadas na memória, da necessidade de uma rede social que ofereça suporte à vítima, da elaboração de um ambiente que garanta segurança e da reavaliação de si mesma em busca da restauração da sua essência e da própria

vida (DRAUCHKER *et al.*, 2009). Sob esta perspectiva temos a possibilidade da tutoria de resiliência.

Os tutores de resiliência ajudam no enfrentamento do sofrimento após o trauma e a manifestação da angústia e podem contribuir para a reorganização emocional (CYRULNIK, 2009). Têm a capacidade de identificar e cultivar o potencial positivo presente em cada indivíduo e no contexto no qual vive, desenvolver seu trabalho com a percepção de que as dificuldades fazem parte da existência, e que há a possibilidade de serem superadas (ASSIS *et al.*, 2006).

A construção da tutoria ocorre mediante o saber, ouvir, dialogar, valorizar, manter postura ética, responsável e acolhedora (ASSIS *et al.*, 2006), e quando desenvolvida na prática de cuidado, possibilita identificar uma abertura para a promoção da qualidade de vida. Nesse sentido, a enfermeira que integra os serviços de saúde que atendem as mulheres vítimas de violência tem papel crucial na promoção da resiliência (LABRONICI, 2012).

Um dos papéis que a enfermeira pode desempenhar na atenção às mulheres que vivem ou superaram a situação adversa é de tutora da resiliência, atuando como facilitadora desse processo, e também servindo como apoio externo, a fim de que se sintam amparadas, e possam contar com a ajuda de alguém confiável. Dessa forma, faz-se necessário enfatizar o interesse da intervenção, para que tenham a possibilidade de recuperar o equilíbrio da vida com a sensação de êxito e ajuste social (MUNOZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

A enfermeira durante o acompanhamento do percurso de resiliência das mulheres vítimas de violência precisa desconsiderar preconceitos e julgamentos, perceber e captar as suas necessidades, compreendê-las como um ser dominado, oprimido e sofrido, que guarda sua historicidade no corpo, na subjetividade, e ao compartilhá-la mediante a narrativa, clama por ajuda (LABRONICI, 2012).

Sob essa perspectiva, é fundamental que a enfermeira tenha uma visão ampliada dos conhecimentos em relação às questões subjetivas que permeiam a realidade social das mulheres vitimadas pela violência sexual, de modo que possam intervir sobre o cotidiano delas, com o intuito de proporcionar um cuidado de enfermagem fundamentado nos princípios de integralidade (RODRIGUES, 2010).

Conhecer o impalpável através do concreto exige sensibilidade, atitude de abertura e flexibilidade, uma visão hermenêutica capaz de superar o biológico e apreender, por meio da percepção, a vivência e suas significações. Dessa forma, é

possível ver o outro em sua totalidade, constituída por diferentes dimensões e explorar significados (LABRONICI *et al.*, 2010) e, no contexto da prática profissional, relacionar ações de cuidado técnicas com as ações de cuidado expressivas, a fim de proporcionar um cuidado com atitude ética, solidária e humanizada (LABRONICI, 2002).

O cuidado é um ato intencional, que se efetiva mediante a interação, é uma forma de ajuda, de reciprocidade e conhecimento. Sob esse olhar, a enfermeira, ao estimular o processo de resiliência, poderá melhorar a qualidade de vida das mulheres vitimadas pela violência, por meio da promoção da saúde (LABRONICI, 2012), incentivar a elaboração de um novo sentido para a existência, recuperar a autoestima e a autoconfiança, além de favorecer a reinserção social (RODRIGUES, 2010) da mulher violentada sexualmente.

Nesse sentido, surge na enfermagem uma nova corrente de investigação preocupada em identificar o percurso de resiliência, bem como os fatores que auxiliam as mulheres a enfrentar e superar eventos traumáticos na vida, através de uma perspectiva que busque elaborar estratégias de intervenção que promovam o empoderamento, a tomada de decisões e o reconhecimento da mulher como sujeito portador de direitos (MUNOZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

A enfermeira, ao elaborar estratégias para o cuidado da mulher vítima de violência, apresenta a possibilidade de atuar em domínios de intervenção potenciais, para a superação e enfrentamento das adversidades que podem ser equiparados às peças de uma casa, quando utilizada a representação da Casita da Resiliência (LABRONICI, 2012), elaborada por Vanistendael e Lecomte (2000).

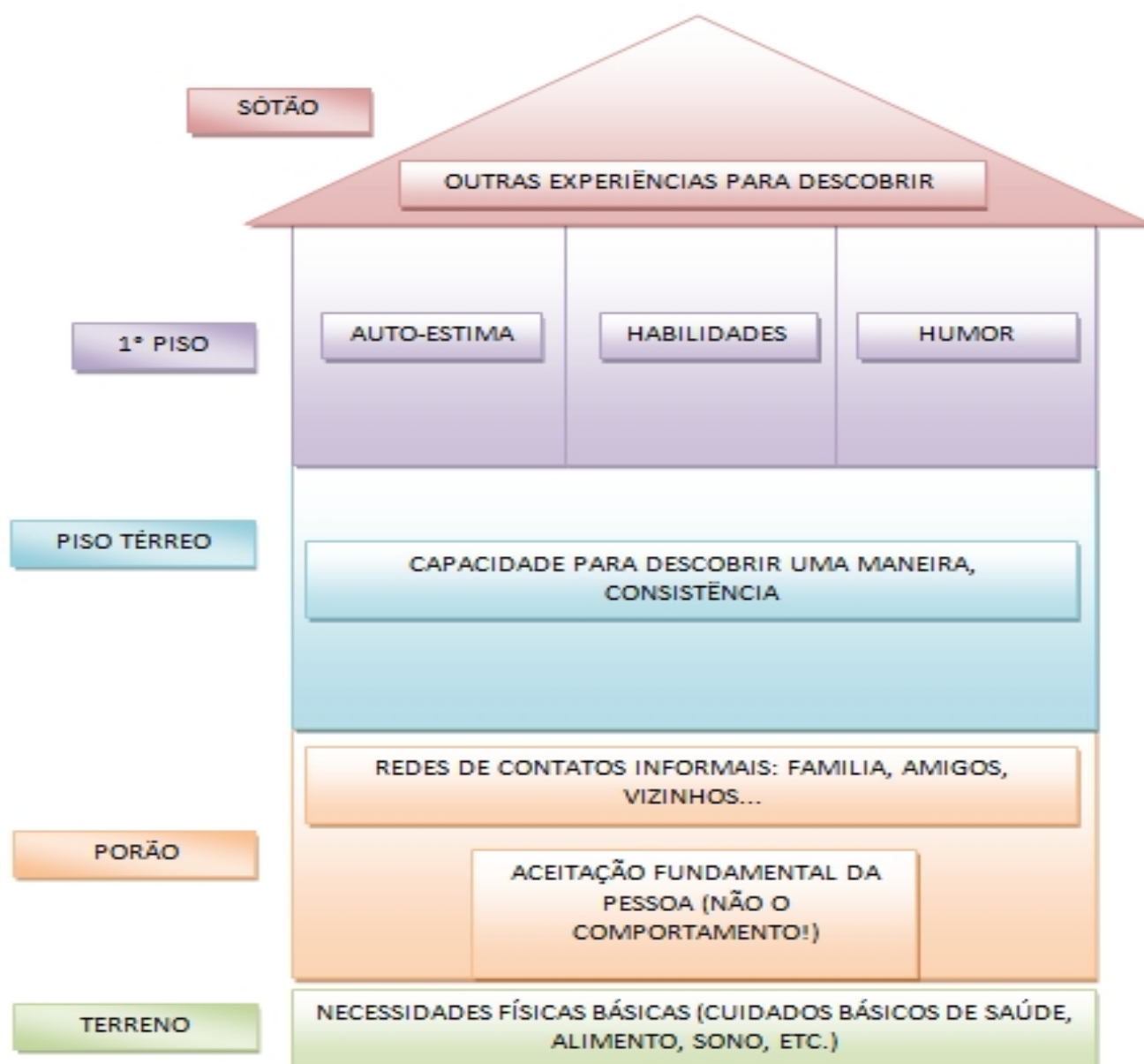


FIGURA 1 – CASITA DA RESILIÊNCIA
 FONTE: Vanistendael e Lecomte (2000)

Todos os cômodos da Casita consistem em áreas potenciais para intervenção, a partir dos indivíduos que desejam construir, manter ou restaurar a resiliência. Também é importante destacar que, com o tempo, é possível planejar ações ainda mais específicas, por meio da inserção de mobílias nos quartos (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

A construção da Casita é iniciada pelo **terreno**, que consiste nas necessidades materiais básicas, como alimentação, cuidados à saúde e repouso. Posteriormente, encontra-se o **porão**, marcado pelas relações sociais, tanto formais

quanto informais (familiares, amigos, vizinhos, colegas de escola e trabalho), que oferecem acolhimento (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

No **piso térreo** localizam-se as capacidades fundamentais da pessoa, como a busca pelo sentido da vida, que pode ser alcançada por meio da avaliação existencial, além de incluir o planejamento e a realização de projetos concretos (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

O **primeiro piso** da Casita abriga três quartos: a autoestima, as habilidades, enquanto área para realização de intervenções, e o humor, caracterizado pelas estratégias de enfrentamento que protegem e fornecem outra perspectiva da realidade (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

O **sótão** corresponde à abertura de outras experiências, e tem a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da resiliência. Faz-se necessário destacar que as possibilidades de abertura são diversas, e podem estar relacionadas a pessoas, momentos de um passado positivo e lugares agradáveis (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

A Casita da Resiliência, quando construída, resulta em uma história, e isso a transforma em uma estrutura que não é fixa, e necessita de cuidados e reparos. Ao considerar que os quartos de uma casa se comunicam por meio de portas e escadas, o mesmo ocorre com as áreas da resiliência que se relacionam entre si (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2000).

5 METODOLOGIA

5.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A pesquisa é qualitativa porquanto possibilita trabalhar com palavras que estão relacionadas aos significados atribuídos pelas pessoas e à forma como compreendem a sua experiência. Busca interpretar os fenômenos sociais por meio dos sentidos expressos de quem os vivencia (POPE; MAYS, 2009), e exploratória por proporcionar maior aproximação com o problema investigado, a fim de torná-lo mais explícito por meio do aprimoramento de ideias ou conhecimento de intuições, além do que sua forma de planejá-la considera as diferentes características do fenômeno estudado (GIL, 2010).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Especializado – SAE e na Delegacia da Mulher, na cidade de Guarapuava, Estado do Paraná a qual, segundo o DATASUS (2013), possui a população de aproximadamente 169.252 habitantes e, desse total, 86.518 são mulheres, das quais 51.715 em idade adulta.

O SAE é uma unidade que integra o serviço público de saúde do município, foi implantado no ano de 1995, e tem como objetivo assistir e orientar portadores de DST/Aids e hepatites virais. No ano de 2008, passou a fazer parte da rede municipal de atenção à mulher vítima de violência sexual, com a finalidade de oferecer atendimento por uma equipe multiprofissional, composta atualmente por enfermeira, psicóloga, médico, assistente social e odontólogo.

Em relação à Delegacia da Mulher, seu estabelecimento no município ocorreu em 1996, porém somente em 2005 houve a instalação da sua sede e da equipe destinada para atender exclusivamente a população feminina de qualquer faixa etária e que sofre violência.

As Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres consideradas como unidades especializadas da Polícia Civil são responsáveis por realizar medidas preventivas, registrar ocorrências, investigar e reprimir ações com base no gênero, que conformem crime e infrações penais atentados contra mulheres em situação de

violência. O atendimento visa acolher as vítimas por meio da escuta ativa realizada por equipes de profissionais qualificados (BRASIL, 2010).

5.3 PERÍODO DE OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

O período de obtenção dos discursos na Delegacia da Mulher foi de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, e no SAE de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes envolvidas na pesquisa foram 12 mulheres vítimas de violência sexual e que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 a 59 anos, porque a maioridade torna a pessoa habilitada para a prática dos atos da vida social (BRASIL, 2002); período entre a experiência traumática e a realização da entrevista superior a 120 dias, visto que para Mason e Lodrick (2013), a maioria das mulheres vitimadas sexualmente tem a recuperação dos agravos agudos entre três e quatro meses após o episódio da violação.

O número de participantes foi estabelecido no decorrer da coleta e análise prévia dos dados. Deste modo, as entrevistas que possibilitaram a obtenção dos discursos foram encerradas a partir do momento em que se percebeu a convergência das respostas e o objetivo e as inquietações da pesquisadora foram respondidas.

5.4.1 APROXIMAÇÃO COM AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A aproximação da pesquisadora com as participantes foi iniciada mediante visita aos locais da pesquisa, a fim de identificar as vítimas de violência sexual e conhecer o histórico das violações. É importante ressaltar que a assistente social do SAE e a escrivã da Delegacia da Mulher já haviam realizado contato prévio com as mulheres vitimadas.

O primeiro contato da pesquisadora com as participantes da pesquisa foi realizado em um espaço de escolha das mulheres vítimas de violência sexual, que garantisse segurança e privacidade. No início da conversa era realizada uma

apresentação da enfermeira pesquisadora, contando brevemente a trajetória acadêmica e profissional relacionada à violência contra a mulher, com o intuito de incitar a interação e o diálogo.

5.5 OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

A obtenção dos discursos não ocorreu no primeiro encontro, devido à necessidade de ser construída uma relação de confiança. Dessa forma, houve um agendamento prévio para definir o local, data e horário mais convenientes para cada participante da pesquisa, de forma a propiciar comodidade e autonomia às mesmas.

Apesar de o SAE e a Delegacia da Mulher terem disponibilizado uma sala para a realização das entrevistas, as participantes optaram por concedê-las na própria residência, no local de trabalho e no Núcleo de Estudos em Violência Urbana/UNICENTRO.

Os discursos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada, de forma que as participantes pudessem discorrer livremente sobre sua experiência como vítimas de violência sexual, com duração aproximada de 60 minutos. As questões incitadoras foram:

- a) Fale-me como é para você ter sofrido violência sexual;
- b) Como você enfrentou e/ou enfrenta essa situação?
- c) Existe alguma pessoa da sua família ou do seu convívio que ajudou ou ajuda você a superar esse trauma?
- d) Quais as suas atitudes que possibilitaram a superação da violência sexual sofrida?
- e) Como você mesma conseguiu se ajudar para enfrentar a violência sexual?

Ressalta-se que os depoimentos foram gravados, transcritos na íntegra, e ao término do estudo as gravações foram apagadas.

5.6 ANÁLISE DOS DISCURSOS

Os discursos foram analisados mediante a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), e a interpretação foi fundamentada no conceito proposto por Labronici (2012, p. 631) que compreende a resiliência como:

processo de mobilização interna que desencadeia um movimento de rupturas e de abertura existencial em direção ao outro, com o intuito de ser ajudado, de transcender a experiência vivida e encontrar um novo sentido para a existência, mesmo que provisório.

A análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011) é constituída pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interpretação e inferência. A pré-análise está relacionada ao período de intuições e visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, a fim de desenvolver um delineamento preciso para as etapas posteriores por meio de um plano de análise.

O primeiro passo da pré-análise é a leitura flutuante do material para analisar e conhecer o texto, deixando-se tomar por impressões e orientações (BARDIN, 2011). Em seguida vem a exploração do material, que é a aplicação sistemática das medidas adotadas na pré-análise, e consiste em operacionalizar a codificação, decomposição e enumeração das falas dos participantes da entrevista (BARDIN, 2011).

Neste momento foram realizadas sucessivas leituras das entrevistas transcritas, a fim de promover a familiarização com o conteúdo dos discursos das participantes da pesquisa, e, assim, conhecer o sentido das falas das mulheres entrevistadas.

Na etapa de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, o material bruto é trabalhado para que sejam fornecidos dados significativos e válidos. O pesquisador pode propor inferências e prever interpretações a respeito dos objetivos previstos no estudo (BARDIN, 2011).

Posteriormente a leitura das entrevistas, os fragmentos dos discursos que eram significativos para o conhecimento do percurso de resiliência das mulheres vítimas de violência sexual, foram destacados com canetas em distintas cores, conforme a ideia formada a partir dos elementos grifados.

A codificação consiste no processo de transformação dos dados brutos do material em uma representação do conteúdo e de sua expressão por meio do recorte, agregação e enumeração do texto (BARDIN, 2011) e, em seguida, ocorre a categorização.

A categorização é uma operação de classificação de informações que compõe um conjunto de diferenciação e que, posteriormente, são reagrupadas

segundo o gênero. Dessa forma, a partir das categorias formam-se classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns, sob um título genérico (BARDIN, 2011).

Diante disso, o agrupamento dos fragmentos dos discursos ocorreu mediante as características semelhantes apresentadas pelos elementos grifados, e concomitantemente relacionadas ao conceito de resiliência proposto por Labronici (2012).

A última etapa da análise é a inferência dos dados, fornece elementos suplementares para a pesquisa, e permite que os conteúdos se constituam em análises reflexivas, com observações gerais e individuais de cada entrevista (BARDIN, 2011). Deste modo, emergiram as seguintes temáticas: O sentimento de cuidado e responsabilidade: o início da mobilização interna; Ruptura e abertura existencial: a família e a rede de apoio; e Transcendência da experiência vivida: a religação com Deus e a reativação da fé.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e à Delegacia da Mulher de Guarapuava para conhecimento e autorização, e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste que o aprovou (nº do parecer 393.035 e CAAE 20999613.9.0000.0106).

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa voluntariamente, e após terem sido devidamente esclarecidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram informadas sobre a possibilidade de atendimento no SAE caso houvesse algum desconforto decorrente da entrevista.

O anonimato das participantes foi garantido mediante a substituição do nome das entrevistadas pela letra “E”, seguida de um número arábico (Ex.: E1; E2 e, assim, sucessivamente).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nesse capítulo, inicialmente apresento as participantes da pesquisa, 12 mulheres que foram vítimas de violência sexual, tiveram suas vidas modificadas após essa experiência traumática, porém, buscaram iniciar um percurso de vida resiliente. Os temas que emergiram da análise das entrevistas são tratados na sequência: “O sentimento de cuidado e responsabilidade: o início da mobilização interna”, “Ruptura e abertura existencial: a família e a rede de apoio”, e “Transcendência da experiência vivida: a religação com Deus e a reativação da fé”.

E1 tem 58 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, é costureira, católica, convive há 33 anos com o marido e tem dois filhos desta relação. Há aproximadamente três anos sofreu violência sexual no período da manhã, em sua residência. Foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor era desconhecido.

E2 tem 33 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, é auxiliar de cozinha, evangélica, convive há 21 anos com o companheiro e tem seis filhos desta relação. Há aproximadamente um ano sofreu violência sexual no período da noite, em um terreno baldio, quando retornava do trabalho. Foi ameaçada de morte com arma branca e de fogo, e o agressor era desconhecido.

E3 tem 28 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, é do lar, católica, convive há 10 anos com o companheiro e tem uma filha desta relação. Há aproximadamente dois anos sofreu violência sexual no período da noite, em um terreno baldio, quando estava se dirigindo à casa da sogra. Foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor era desconhecido.

E4 tem 36 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, é do lar, evangélica, namora há 01 ano e oito meses e tem quatro filhos de relacionamentos anteriores. Há aproximadamente dois anos sofreu violência sexual no período da noite, dentro de um carro, em uma estrada de chão. Foi ameaçada de morte com arma de fogo, e o agressor, com o qual fez contato telefônico em função da oferta de uma vaga de emprego anunciada no jornal, era desconhecido.

E5 tem 21 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, é do lar, católica, convive há 05 anos com o companheiro, com o qual tem um filho. Há um ano e três meses sofreu violência sexual no período da tarde, em um barracão abandonado, quando se dirigia ao mercado. Foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor era desconhecido.

E6 tem 25 anos de idade, possui ensino superior completo, trabalha em um escritório, é católica, solteira e no momento não tem nenhum relacionamento. Há três anos sofreu violência sexual no período da noite, em um terreno baldio, quando retornava da universidade. Foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor era desconhecido.

E7 tem 36 anos de idade, possui ensino superior incompleto, trabalha como podóloga, é católica, convive há 16 anos com o companheiro, com o qual tem uma filha. Há dezesseis anos sofreu violência sexual na residência onde vivia com seus avós paternos, foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor foi seu tio. O último episódio de violência sexual vivido ocorreu aos 20 anos, todavia, esse trauma fez parte de sua vida desde a infância.

E8 tem 24 anos de idade, possui ensino médio completo, trabalha como atendente em uma loja, é católica, solteira e no momento não tem nenhum relacionamento. Há quatro meses sofreu violência sexual no período da manhã, em um terreno baldio, quando se dirigia ao trabalho, e o agressor era desconhecido.

E9 tem 25 anos de idade, possui ensino fundamental completo, é do lar, católica, convive há 08 anos com o companheiro e tem uma filha de relacionamento anterior. Há sete meses sofreu violência sexual no período da tarde, em um terreno baldio, quando se dirigia a uma agência de empregos, e o agressor era desconhecido.

E10 tem 53 anos de idade, possui ensino fundamental incompleto, trabalha como empregada doméstica, é católica, convive há 01 ano com o atual companheiro e tem cinco filhos de relacionamento anterior. Durante 23 anos sofreu violência sexual em sua residência, foi ameaçada de morte com arma branca e de fogo, e o agressor foi seu marido. O último episódio de violência sexual vivido ocorreu há nove anos e seis meses, quando o marido saiu do lar.

E11 tem 52 anos de idade, possui ensino superior completo, trabalha como artesã, é católica, convive há 20 anos com o companheiro, e tem um filho de relacionamento anterior. No decorrer dos últimos quatorze anos sofreu violência

sexual em sua residência, foi ameaçada de morte com arma branca, e o agressor é seu companheiro.

E12 tem 18 anos de idade, possui ensino médio incompleto, é estudante, católica, convive com a irmã e a sobrinha. Há sete meses sofreu violência sexual no período da tarde, quando retornava de um passeio com o namorado na via pública, foi abordada pelo agressor, ameaçada de morte com arma branca e de fogo, e obrigada a entrar no carro dele. Foi levada até um matagal onde sofreu a violência sexual por um agressor desconhecido.

6.2 O SENTIMENTO DE CUIDADO E RESPONSABILIDADE: O INÍCIO DA MOBILIZAÇÃO INTERNA

A violência sexual, em suas diferentes formas de manifestação, foi o trauma que afetou a vida das mulheres participantes da pesquisa. Todavia, nesta investigação, o sentimento de cuidado e responsabilidade foi responsável por desencadear o movimento de mobilização interna, que consiste no início do percurso de resiliência (LABRONICI, 2012), conforme pode ser constatado nos fragmentos dos relatos abaixo:

“Às vezes penso que poderia não estar aqui para proteger elas [filhas]. Que Deus me deixou aqui, mesmo depois do que aconteceu, para eu cuidar delas. É nisso que me agarrei para tentar seguir a vida, para não ter mais aquela vontade de deitar e ficar lá, esperando tudo se acabar.” (E2).

“Eu queria mesmo era morrer. Me sentia mais morta do que viva, mas pensava muito na minha filha. Eu precisava estar perto dela, para que ninguém nunca fizesse com ela alguma maldade.” (E3).

“Os meus meninos precisavam de mim, foi mais o meu nenê, porque é mais carente. Desde a hora lá [ato da violência sexual], o que mais pensava era nele [...]. Até na hora eu pensava nisso o tempo inteiro. Ele [filho] me esperando como na hora que saí, e disse: ‘a mãe volta logo’ [...] ‘vou esperar você pra dormir’.” (E4).

“Foi bem difícil no começo. Eu só pensava em sumir no mundo. Mas pensei que um filho não pode crescer sem mãe, ou ter uma mãe que não serve para nada. Aí falei pra mim mesma: ‘não vou me entregar por causa disso. Vou lutar, porque quero ver meu filho ser feliz’.” (E5).

As mulheres vitimadas e que eram mães no período da violência sexual, encontraram na maternidade o motivo pelo qual a vida deveria seguir adiante, de modo a não ficarem aprisionadas ao passado vinculado com a experiência traumática.

Esse achado vai ao encontro da pesquisa realizada por Zrally, Rubin e Mukamana (2013), ao constatarem que as vítimas de violência sexual, em um contexto de extrema adversidade, como no caso do genocídio, apresentavam a capacidade de prover a resiliência por meio da maternidade.

Outra pesquisa realizada (MARCOVICZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014), mostrou que o desejo materno de oferecer proteção e segurança aos filhos foi o que impulsionou as mulheres em situação de violência a buscarem subsídios para o seu próprio amparo, uma vez que se perceberam como responsáveis pela sustentação da qualidade de vida dos filhos, e isso as mobilizou internamente para o enfrentamento do trauma.

Apesar do trauma vivido foi possível constatar a preocupação das mulheres vitimadas com a continuidade do papel de ser mãe, concomitante a responsabilidade pelo desenvolvimento dos filhos. Diante disso, se torna importante destacar que a maternidade é desenvolvida mediante um processo contínuo de construção, no qual sua essência é resultado de uma operação psicológica (STELLIN *et al.*, 2011) e sofre influência do contexto social.

Sob essa perspectiva, no decorrer da construção da identidade materna, a mulher reconhece a responsabilidade sobre o cuidado para com os filhos, no qual o desenvolvimento do vínculo afetivo é imprescindível. Assim, a maternidade consiste em um aspecto cultural, que implica na sobrevivência de outro ser humano, do mesmo modo que a formação de um novo comportamento.

Neste contexto, o vínculo afetivo pode ser compreendido como uma relação singular e duradoura, construída a partir da interação entre mãe e filho. Além disso, consiste em uma importante ferramenta para a promoção do desenvolvimento humano no período da infância (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Ao considerar que a maternidade constitui-se como uma relação interpessoal singular, a experiência materna apresenta significados distintos para cada mulher, e neste caso, pode representar a concretização de um sonho, incorporado à responsabilidade e ao compromisso com o desenvolvimento de um ser dependente do cuidado para a sobrevivência (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Além disso, compreende-se que o significado do cuidado materno sofre influência da história e da experiência familiar e individual que cada mulher vive. Deste modo, nem sempre se apresenta de forma linear, uma vez que é construído a

partir de uma perspectiva de seguimento temporal, ajustado ao processo de desenvolvimento da maternagem (BARBOSA *et al.*, 2010).

Quando a maternidade apresenta um significado romântico para a mulher, é descrita em termos de amor incondicional, emoção, encanto, essência e transcendência. Assim, a experiência materna para quem a vivencia, torna-se uma sensação impossível de ser plenamente narrada, algo mágico, natural, instintivo e divino, como um sonho concretizado (MOREIRA; RASERA, 2010).

A maternidade pode consistir em uma experiência positiva para a vida das mulheres, porquanto tem a capacidade de proporcionar um novo significado para a existência, mediante a construção de uma relação de cuidado, amor, afeto e proteção, necessária para o desenvolvimento da mãe e do filho.

A experiência materna promove transformações na vida das mulheres, pois a relação estabelecida com os filhos apresenta a capacidade de impulsionar o crescimento pessoal, e também tornar-se uma aliada contra situações destrutivas e supostamente irreparáveis (FELICE, 2007), como no caso da violência sexual sofrida pelas participantes desta pesquisa.

Diante do exposto, foi possível constatar a relevância da maternidade para as participantes da pesquisa, visto que foi responsável por mobilizá-las internamente para o enfrentamento da situação traumática. Dessa forma, o sentimento de cuidado se mostrou capaz de transformar a representação da violência sexual na vida das mulheres.

O cuidado é considerado como um importante componente da existência, pois na sua ausência, a subsistência do ser humano encontra-se ameaçada (PEREIRA, 2009). Assim, o sentido de viver é influenciado pelas relações de afeto, vez que conferem um suporte à fragilidade humana (MAIA, 2009).

A presença de outra pessoa, representada principalmente pela mãe, é fundamental para a sobrevivência do ser humano e à constituição como sujeito, porque se torna responsável pela sua mediação com o mundo, além de estabelecer uma importante forma de vínculo afetivo (FERREIRA *et al.*, 2012).

O ser humano possui desde a infância, uma reserva afetiva que o possibilita se relacionar com as outras pessoas, e tanto a criança como os jovens precisam receber e oferecer afeto, a fim de se tornarem integralmente humanizados (PEREIRA, 2009).

Há que se ressaltar que o relacionamento estabelecido entre mães e filhos propicia o desenvolvimento físico, psicológico e emocional (MATTOS; LIMA, 2012), e sob esse olhar, o cuidado é dinâmico, tem ligação com o contexto no qual as mães estão inseridas e com as diferentes experiências durante a trajetória de vida.

Sob essa perspectiva, o contexto de vida no qual a mãe se encontra inserida, influencia diretamente na relação com os filhos. Todavia, há que se considerar a presença de estados maternos deficitários, concomitantes à existência de riscos para o desenvolvimento dos mesmos (FLORES *et al.*, 2013).

As mulheres vitimadas apresentaram a preocupação de que os agravos provocados pela violência sexual poderiam afetar seus filhos de alguma forma. Diante disso, as consequências negativas da experiência traumática vivida não são restritas às vítimas, mas podem influenciar o desenvolvimento dos seus descendentes.

Importante se faz destacar que a experiência traumática vivida pelas mães pode sofrer modificações no processo de transmissão aos filhos, porquanto é considerada a história de vida dos pais, as reações emocionais de familiares e amigos e o aspecto atribuído pela cultura ao trauma (CYRULNIK, 2006).

Embora as participantes da pesquisa tenham sido violentadas sexualmente, foi possível constatar que essa experiência traumática não alterou de forma negativa a condição de cuidado com os filhos. Ao contrário, relataram preocupação com a manutenção da trajetória de desenvolvimento dos mesmos e a prevenção de situações adversas como a violência sexual.

Neste contexto, é preciso ressaltar que o comportamento dos pais tem relação com a própria história de vida e o estado psicológico. Assim, a maneira como cada indivíduo atribui um significado aos acontecimentos vividos, é refletida na imagem que os filhos constroem sobre si (CYRULNIK, 2006). Desta forma, observa-se que as participantes da pesquisa foram capazes de atribuir um novo significado para a experiência traumática vivida, na medida em que o cuidado com os filhos tornou-se mais expressivo do que a violência sexual e, conseqüentemente, a satisfação de viver estava pautada na maternidade.

De acordo com um estudo composto por 63 mulheres sobreviventes do estupro e genocídio em Ruanda, o desejo de proteger os filhos parece ter dado a capacidade para criarem um novo contexto à consolidação da relação mãe-filho, o

que proporcionou o sentimento de que viver tem o seu valor não somente para si, mas para quem depende delas (ZRALY; RUBIN; MUKAMANA, 2013).

Apesar dos danos provocados pela violência sexual no bem-estar das mulheres vitimadas, a preocupação das participantes da pesquisa na continuidade do cuidado dos filhos foi fundamental para que seguissem a vida adiante após o trauma. Dessa forma, o ser mãe tornou-se mais relevante do que ter sido vítima.

Embora a maior parte das participantes da pesquisa fosse mãe no momento da pesquisa, três mulheres entrevistadas não apresentavam filhos. Dessa forma, foi possível constatar que a busca pela realização pessoal, por meio do trabalho ou do estudo foi fundamental para o desencadeamento do movimento de mobilização interna, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

“Acho que isso [o enfrentamento] veio de dentro de mim, foi a minha confiança e vontade mesmo. Não aguentava mais chorar e me culpar pelo que tinha acontecido. Sempre lutei muito em busca de ser uma pessoa realizada na vida. Queria que meus pais tivessem orgulho de mim, mas, se continuasse daquele jeito iria só me afundar. Então decidi que não dava mais para ficar do jeito que estava.” (E6).

“Ele [agressor] quer que eu fique na cama, fique presa dentro de casa, não melhore e fique deprimida. Só coisa negativa. Eu falei: ‘Mas espera aí, ele não manda na minha vida. Aconteceu? Aconteceu’. Olhei no espelho e falei pra mim: ‘o Dona [nome próprio] vamos acordar para a vida?’ Peguei, sai da cama e fui [trabalhar].” (E8).

“Sai do meu quarto no dia em que minha mãe e meu namorado falaram que não iria adiantar ficar lá, pois quanto mais ficasse, mais iria lembrar do que tinha acontecido. Pensei que se eu fosse estudar, procurar meu curso [técnico em enfermagem] para fazer, iria esquecer mais rápido. Isso me motivou. Nesse dia levantei e sai do quarto.” (E12).

A busca pela realização pessoal foi o motivo pelo qual E6, E8 e E12 iniciaram o percurso de resiliência após a violência sexual. O desejo de seguir com a vida adiante foi incitado pela responsabilidade com trabalho ou continuidade do estudo, no sentido de conquistar autonomia sobre a própria vida.

Sob essa perspectiva, a autonomia pode ser compreendida como capacidade e condições que possibilitam para a mulher a tomada de decisões em relação à própria vida, da mesma forma que fornece poder para direcionar suas ações, a fim de garantir o bem-estar (GUEDES; FONSECA, 2011).

Neste contexto, é importante destacar a realização profissional e a autonomia financeira enquanto dimensões fundamentais para o fortalecimento da mulher e estímulo à construção individual como sujeito (ÁVILA, 2010) e,

concomitantemente, a possibilidade do alcance da independência e autonomia socioeconômica.

O ser humano apresenta a capacidade de executar qualquer atividade para a qual está preparado e designado a cumprir, independentemente do sexo. Diante disso, as mulheres podem aprender alguma atividade, com o objetivo de buscar a independência e autonomia (WERBA, 2010). Dessa forma, o trabalho desempenhado não se restringe ao espaço doméstico, geralmente marcado por atividades contínuas de organização, provimento de refeições e cuidado com os filhos, mas, ao contrário, podem e devem ocupar atividades remuneradas no espaço público da vida em sociedade.

O trabalho remunerado realizado pelas mulheres consiste em uma necessidade social para o próprio sustento ou da família, no sentido de buscar a autonomia socioeconômica. Portanto, no âmbito da vida em sociedade o emprego é uma forma preponderante de assegurar uma renda financeira para a sobrevivência (ÁVILA, 2010).

Pesquisa brasileira realizada com 2.365 mulheres e 1.181 homens, com idade acima de 15 anos, constatou que mediante a possibilidade de trabalhar no espaço público ou doméstico, sendo permitido escolher uma das opções, 56% das participantes relataram preferir ter uma profissão, trabalhar fora de casa, e se dedicar menos às atividades domésticas e da família (ÁVILA, 2010).

Além de o trabalho ser considerado como um fator essencial para a realização pessoal, a educação também apresenta importante papel para a vida das mulheres, na medida em que fornece a qualificação necessária para o aprimoramento profissional.

Deste modo, a educação pode ser compreendida como primeiro passo para a emancipação das mulheres, na medida em que sem escolaridade a submissão é estabelecida e perpetuada nas relações de gênero (LOPES, 2010), com reflexo na inserção e valorização da mulher no mercado de trabalho formal. Portanto, as participantes da pesquisa mesmo que vítimas da violência sexual não deixaram de buscar a realização pessoal e, como consequência, a autonomia socioeconômica, fundamentais para o início do enfrentamento e possível superação da experiência traumática vivida.

É importante mencionar que diante de uma situação traumática, o ser humano defronta-se com duas possibilidades: de se entregar ao sofrimento por meio

de atitudes de indiferença ao assumir o papel de vítima, coibindo qualquer plano de desenvolvimento, e a outra é apreender a experiência adversa, a fim de transcendê-la e torná-la um projeto que servirá de impulso para a promoção da resiliência (CYRULNIK, 2009).

As mulheres vitimadas pela violência sexual se depararam com a possibilidade de se entregar ao sofrimento, e foram carregadas por um turbilhão de emoções, para um abismo de dor e solidão. Dessa forma, a situação traumática vivida pode influenciar negativamente na relação de afeto com os filhos e na busca pela realização pessoal.

Posteriormente à violação, as participantes da pesquisa relataram a entrega ao sofrimento, na medida em que não havia perspectiva para o futuro, além de sentir a dor provocada pelo trauma. Porém, ao elaborarem a sua representação, constataram que os filhos dependiam da sua existência para a continuidade do desenvolvimento, e que era possível se desvincular do trauma ao prosseguir com o trabalho e estudo e, assim, encontraram o impulso necessário para seguirem adiante no percurso de resiliência.

Neste cenário, o início do percurso de resiliência se expressa por meio da mobilização interna, responsável por promover o processo de superação de uma experiência traumática após sua vivência (LABRONICI, 2012). Portanto, consiste em uma forma de retorno à vida, pois é encontrado um motivo para acreditar que diante de si ainda há um caminho para ser construído (ZRALY; NYIRAZINYOYE, 2010).

Todavia, reparar a ferida causada pelo trauma não é um processo que acontece naturalmente, uma vez que a experiência traumática está gravada na memória, e passa a fazer parte da história do ser humano (LABRONICI, 2012). Somente quando este é capaz de elaborar uma representação do trauma por meio de imagens e palavras, no sentido de sair de um estado de confusão que dificulta a tomada de decisões e a compreensão sobre o vivido, consegue reconstruir novamente o seu mundo interior, com o intuito de tornar a visão dos fatos mais clara (CYRULINK, 2005).

Sob essa perspectiva, as mulheres vítimas de violência sexual podem se reconstruir, mas é necessária a abertura existencial, visto que isso possibilita, de acordo com Labronici (2012), encontrar pessoas com as quais poderão compartilhar o trauma vivenciado, mediante a narrativa, além do que podem atuar como tutores de resiliência, independente de terem uma formação específica.

6.3 RUPTURA E ABERTURA EXISTENCIAL: A FAMÍLIA E A REDE DE APOIO

O momento de ruptura e abertura existencial está relacionado não apenas com a força física para sair do cenário da violência sexual, mas com o estado psicológico, porquanto, é preciso romper rapidamente com o passado recente, ainda presente na memória, no qual os corpos das mulheres vítimas ficaram tatuados com marcas visíveis e também invisíveis. Isso pode ser constatado nas falas a seguir:

“Não sei quanto tempo fiquei fechada dentro do banheiro [...] perdi a noção do tempo. Perdi a noção que estava sem roupa de baixo [...]. Quando sai do banheiro, a chave estava na porta, que estava encostada. Ele [agressor] não estava mais. Vesti a roupa, peguei o telefone para ligar pra polícia.” (E1).

“Ele [agressor] saiu dali [local da violência sexual]. Peguei minha camiseta e a calça, [...] vesti e sai correndo. Encontrei uma piazada [grupo de adolescentes] que estava descendo, nem vi quem era. Quando subi um pouco, umas duas quadras, o meu marido estava atrás de mim, perguntando o que tinha acontecido.” (E2).

“Fiquei um tempo ali [local da violência sexual], tentando entender e decidir o que fazer: se iria pra casa, ou ficava ali até morrer [...]. Cheguei a pensar em não contar nada para ninguém, guardar isso só pra mim. Mas meu marido estava em casa, e não teria como esconder. Então, me enrolei nas roupas e voltei pra casa.” (E3).

“[Após a violência sexual] fui para um canto e fiquei lá no escuro por algum tempo. Tinha medo que ele [agressor] voltasse e me atacasse outra vez. Sai de lá e fui pra casa, por outro caminho, com medo que me seguisse. Quando passou um carro e parou pra ver o que eu tinha, pois estava toda rasgada. contei o que foi, e então ele me levou para o hospital.” (E6).

“Fiquei desesperada naquela hora [após a violência sexual], levantei, sem roupa, toda machucada. Levantei dali e fiquei desesperada. Passou um casal e a moça falou: vou chamar a polícia para você. Quer que chame? Falei: quero. Chame agora. [...] Fiquei preocupada. Quando levantei estava toda suja. Foi no meio do mato [a agressão]. Quando levantei comecei a chorar. Sentei na rua, me dava dor no peito de tanto chorar. Não conseguia nem conversar com o policial.” (E9).

As falas elucidaram que a violência sexual sofrida deixou as mulheres vítimas temporariamente imobilizadas, visto que conseguiram tomar alguma atitude, mesmo não tendo tempo suficiente para pensar e agir com clareza durante a situação traumática.

O momento do trauma é comparado por Cyrulnik (2009) à queda em um rio com águas turbulentas, o qual não permite uma resposta imediata e arrasta os seres humanos por inúmeros obstáculos, que fazem com que o mundo interno seja preenchido por um turbilhão de percepções.

As mulheres vítimas de violência sexual, após terem sofrido o trauma, perceberam a necessidade de tomar uma decisão, a fim de enfrentar e adaptar-se temporariamente a experiência traumática. Segundo Cyrulnik (2005), quando o ser humano consegue elaborar com mais calma a representação do vivido, percebe que é preciso fazer algo com a ferida, com o intuito de retomar o seu desenvolvimento e dar um novo sentido à sua vida.

Apesar da cascata de sofrimentos desencadeados a partir da violência sexual, as mulheres vítimas conseguiram compreender que era necessário o enfrentamento da situação. Na medida em que apresentavam a capacidade de representar a experiência vivida, retiravam-se do local da agressão em direção à alguma pessoa que pudesse ajudá-las, pelo menos naquele momento de fragilidade, no qual tinham que tentar suportar a dor do trauma.

Nesse sentido, de acordo com uma pesquisa realizada em um município da região metropolitana de São Paulo/SP, com mulheres em situação de violência doméstica e profissionais de serviços que fazem parte da rede de proteção, constatou-se que apesar dos danos provocados pelas agressões, nem todas as participantes assumiram a posição de vítimas, mas, ao contrário, referiram um crescente enfrentamento ao compreender de forma mais clara a situação que estavam vivendo naquele momento (DUTRA *et al.*, 2013).

O sofrimento não se inicia imediatamente, pois é preciso um tempo para a elaboração da sua representação, uma memória para ser colocada no mundo psíquico. Diante disso, Cyrulnik (2009) afirma que se pode retornar à consciência do trauma sofrido, que vem acompanhado do pavor, ou agarrar-se a um detalhe de beleza no meio do horror, em função da derrota do psiquismo.

Quando se agarra a um pequeno detalhe de beleza, o trauma torna-se um novo organizador do eu, de forma que os esforços envidados, bem como novas perspectivas, podem ser construídas, o que possibilita o seu enfrentamento e a continuidade do percurso de resiliência. Este só poderá ser desencadeado no momento em que o perigo desapareceu (CYRULNIK, 2009).

Sob essa perspectiva, é possível constatar que o enfrentamento da experiência traumática para as participantes da pesquisa ocorreu após o momento em que o agressor se retirou do cenário da violência sexual. Dessa forma, quando sentiram que o perigo havia se afastado, começaram a caminhada em direção ao

outro, a fim de relatar o episódio vivido, com o intuito de encontrar apoio e dar continuidade ao percurso de resiliência.

Ressalta-se que enquanto o trauma não apresenta um significado, o ser humano se encontra em um momento de paralisia e confusão mental, pois muitas informações são processadas ao mesmo tempo, dificultando a tomada de decisão. Porém, diante da necessidade de se atribuir um sentido à vida, o relato surge como uma forma de tornar mais claro o episódio traumático (CYRULNIK, 2006).

As participantes da pesquisa, assim que conseguiram sair do cenário da violência sexual, tomaram a decisão de buscar um local que oferecesse segurança, além de pessoas significativas que pudessem, de alguma forma, ampará-las. Deste modo, procuraram abrigo na própria residência, no trabalho ou nos serviços de apoio, pela possibilidade de encontrar familiares, amigos ou profissionais dispostos a ouvir o seu relato, no sentido de tornar a situação traumática mais clara e dar continuidade ao percurso resiliente.

Neste contexto, Cyrulnik (2004) destaca que mulheres vítimas de agressão sexual durante a infância, sentiram-se reconfortadas ao compreender, no olhar do outro, que ainda era possível acreditar no seu desenvolvimento. Portanto, a presença de pessoas significativas é primordial para a construção da resiliência.

As participantes da pesquisa, ao decidirem enfrentar o trauma sofrido para retomar a compreensão da realidade, perceberam a necessidade de compartilhar com outras pessoas suas angústias até então restritas a si mesmas, a fim de dividir o vivido com alguém que pudesse ter a capacidade de ouvi-las, mas sem julgar e culpabilizar, o que possibilitou a ressignificação do trauma. Isso foi elucidado nas falas a seguir:

“No começo a gente acha que está sozinha, que tem que levar a carga. Pensei no primeiro momento: ‘vou levar sozinha, não vou contar para ninguém; vou me separar da minha família e sair de casa’. Essas coisas que passam na cabeça da gente. Mas você tem que saber que não está sozinha, que tem gente atrás de você para te apoiar, pegar junto com você.” (E8).

“Ele [marido] me apoiou. Como ele diz: ‘Você teve que defender a tua vida que é o que mais importa’. Então ele foi uma pessoa que me deu muita força. Meus filhos e meu marido foram o suporte.” (E1).

“Quando estou quietinha ele [marido] vai lá: ‘você quer conversar?’ Às vezes digo que não, e ele me entende. Se disser sim, vamos conversar. [...] Hoje ele me entende mais.” (E7).

“[...] meu marido sempre está do meu lado, me ajudando e apoiando. Minha família inteira sempre esteve me acolhendo e protegendo. Isso é fundamental para uma mulher, [...] ter apoio, e não ser julgada e discriminada.” (E2).

“Contei para a minha família, pois não estava dando conta de lidar com aquilo sozinha. Eles choraram comigo e me acolheram. Minha família sempre esteve com os braços abertos para mim; é um pilar que me sustenta quando fraquejo.” (E6).

As mulheres vítimas de violência sexual não permaneceram fechadas em si mesmas, como se estivessem em um casulo. A ruptura com o passado e a abertura em direção ao outro, representado pela família, possibilitaram compartilhar a experiência traumática mediante a narrativa.

A narrativa ao permitir a exteriorização do acontecimento e esclarecer uma parte do real, tem a capacidade de modificar e metamorfosear o acontecimento ao torná-lo mais visível. Desta maneira, possibilita ressignificar o trauma, razão pela qual é considerada como fator de resiliência, porquanto o contato com o ambiente familiar no qual há aceitação e acolhimento, propicia o remanejamento das emoções (CYRULNIK, 2005; 2006; 2009).

Ao falar sobre o trauma vivido, o ser humano apresenta a possibilidade de metamorfosear a compreensão sobre o acontecimento. Neste sentido, a emoção desencadeada pelo evento traumático não decorre somente da sensação provocada pelo golpe, mas da representação atribuída ao mesmo (CYRULNIK, 2004).

É importante destacar que a partir do momento em que o ser humano consegue construir uma narrativa compartilhada, sente como se retornasse ao mundo, visto que consegue interpretar o vivido e atribuir um significado à experiência traumática, incitando a busca de um novo sentido para a vida. Além disso, possibilita fortalecer a relação de afeto que mantém com as pessoas de sua confiança (CYRULNIK, 2005).

Na medida em que as mulheres vítimas de violência sexual conseguiram construir uma narrativa com os familiares sobre a experiência relacionada ao trauma, foi possível perceber o retorno à vida, mediante o apoio de pessoas significativas para o enfrentamento. Diante disso, observou-se o fortalecimento das relações afetivas, pois o amparo oferecido pela família foi fundamental para a manutenção do percurso resiliente.

Quando é possível fortalecer as relações afetivas, transformar as narrativas que explicam o trauma e alterar o contexto no qual o ser humano encontra-se

inserido, constata-se a retomada de um desenvolvimento que fornece sentido ao evento traumático, e propõe medidas para a transcendência (CYRULNIK, 2009).

De acordo com Cyrulnik (2005), o sentimento e a compreensão do ser humano sobre o evento traumático dependem da narrativa que faz de si mesmo e para as outras pessoas. Dessa forma, a confluência entre essas duas situações de subjetividade resulta na representação atribuída ao acontecimento.

Neste caso, é importante destacar que o mundo íntimo do traumatizado também depende da pessoa que ouve a narrativa, e do discurso social sobre o evento traumático. Portanto, o modo como o trauma é compreendido por todos influencia na intensidade da dor provocada pela ferida (CYRULNIK, 2005). Assim, as mulheres participantes, além de contarem com recursos internos de empoderamento, necessários para romper com a experiência traumática, apresentaram fatores externos de proteção, que promoveram o enfrentamento das adversidades decorrentes da violência sexual.

A combinação de atributos individuais com o contexto familiar, social e cultural, influencia na capacidade do indivíduo de responder, positivamente, às demandas da vida cotidiana, mesmo que existam adversidades que interfiram no desenvolvimento humano (NORONHA *et al.*, 2009), como a violência sexual vivenciada pelas mulheres participantes da pesquisa.

Uma importante ferramenta para a proteção das pessoas expostas a situações de risco no decorrer da sua vida, é a presença de um contexto afetivo e material. Deste modo, o entorno deverá apresentar estabilidade, oferecer afeto, construir uma relação de confiança, ser flexível diante dos desafios e respeitar a singularidade de cada indivíduo, a fim de reduzir os agravos desencadeados pelas adversidades (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Quando o ser humano, após viver uma experiência traumática, é amparado pelo afeto das pessoas de sua convivência e pelo discurso cultural que fornece sentido ao seu trauma, consegue traçar um novo desenvolvimento. Por conseguinte, esse retorno à vida é possível devido às condições íntimas articuladas a outros indivíduos e à cultura, e também são responsáveis por tutelar o renascimento (CYRULNIK, 2006).

Nesta perspectiva, o tutor de resiliência apresenta a capacidade de observar e preservar o potencial positivo existente em cada ser humano e no contexto da sua

vida, bem como compreender que as dificuldades podem ser superadas sem a interrupção no desenvolvimento dos indivíduos (ASSIS *et al.*, 2006).

O tutor de resiliência é responsável por possibilitar a retomada do desenvolvimento, porém precisa ser preservado pelo contexto social e cultural, da mesma forma que o indivíduo traumatizado necessita dispor de recursos íntimos para o estabelecimento do amparo (CYRULNIK, 2006).

Sob esse olhar, uma pesquisa realizada com 1.402 usuárias da atenção básica, em três comunidades autônomas da Espanha, constatou que 94% das participantes confiaram em uma ou mais pessoas quando tiveram algum problema ou dificuldade no decorrer da vida. As mulheres destacaram a família como fonte de apoio mais frequente (65%), o parceiro (55%) e os amigos (52%) (CASTAÑO; PÉREZ; PIÑAR, 2008).

Outra pesquisa composta por 18 mulheres vítimas de abuso sexual no contexto intrafamiliar ou extrafamiliar, atendidas pelo Serviço de Atendimento à Vítima de Abuso Sexual de Manaus/AM, destacou que as participantes buscaram ajuda da família, amigos e serviços de atendimento especializado, como alternativa para o enfrentamento do impacto causado pela violência. Dessa forma, apesar dos danos provocados pela violação, as entrevistadas puderam contar com o apoio de pessoas significativas, que impulsionaram a amenização do sofrimento ou superação (MARTINS, 2011).

Neste contexto, destaca-se o poder das relações pessoais e sociais como base para a superação de dificuldades e situações de risco que ameaçam ou danificam o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Assim, a presença de uma rede social que inclua a família, os amigos, a comunidade e o ambiente cultural possibilita a capacidade de superar as condições adversas e a vulnerabilidade social (GERMANO; COLAÇO, 2012).

A partir dos fragmentos dos relatos das participantes desta pesquisa, constatou-se que a família desempenhou um relevante papel, visto que atuou como tutora da resiliência, na medida em que conseguiu promover o percurso resiliente ao acolher, apoiar, proteger e compreender a experiência traumática vivida, sem julgar e discriminá-las.

Sob essa perspectiva, o apoio de pessoas significativas no enfrentamento do trauma consiste num importante suporte para o bem-estar psicológico e contribui para a redução da incidência de depressão e de transtorno do estresse pós-

traumático em vítimas de violência, independente da intensidade das agressões (BUESA; CALVETE, 2013).

A permanência no percurso de resiliência das pessoas submetidas a experiências traumáticas depende do desenvolvimento da autoestima e da presença do afeto de familiares, pois ambos estão associados à capacidade de superação das adversidades. Deste modo, entre os atributos protetores destaca-se a satisfação com a própria vida, a qualidade do relacionamento com a família e a disponibilidade de apoio emocional e afetivo (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Neste sentido, é preciso ressaltar a importância da família diante da capacidade de fornecer apoio e proteção aos seus membros. Mesmo que toda ou qualquer relação familiar esteja suscetível a sofrer problemas, faz-se necessário destacar a possibilidade de encontrar alternativas para a resolução dos conflitos, com o intuito de reduzir os efeitos destrutivos presentes no decorrer da vida dos seres humanos (ASSIS *et al.*, 2006).

De acordo com pesquisa realizada com 53 enfermeiros que atuam na atenção básica, a família – como integrante da rede de apoio – apresenta a capacidade de disponibilizar tempo, compartilhar afeto, prover meios e recursos financeiros a fim de ajudar os membros familiares que se encontram em dificuldades (MARCON *et al.*, 2009).

Além disso, na medida em que os membros familiares se unem para enfrentar a adversidade, ocorre o fortalecimento dos seus vínculos e, portanto, novas competências podem ser desenvolvidas (WALSH, 2005). Neste caso, o amparo fornecido pela família às mulheres vitimadas promove o empoderamento para a superação da experiência traumática vivida.

As participantes da pesquisa, além de compartilharem o trauma vivido com os familiares, também procuraram os serviços integrantes da rede de atenção às vítimas de violência sexual, porém em alguns momentos do atendimento prestado pelos profissionais de saúde não perceberam apoio para a promoção do percurso de resiliência.

Esse achado difere da pesquisa realizada por Labronici (2012) com cinco mulheres violentadas no contexto doméstico, que buscaram ajuda na Delegacia da Mulher e no centro de referência e atendimento às vítimas de violência. Neste caso, os serviços integrantes da rede de apoio foram responsáveis por desencadear o enfrentamento, possibilitar o relato da experiência traumática, no sentido de atribuir

um novo significado ao sofrimento e, conseqüentemente, incitar o processo de resiliência.

Em contrapartida, uma metassíntese realizada a partir de 31 estudos qualitativos publicados sobre o uso de serviços profissionais por vítimas de violência sexual, constatou aspectos positivos e negativos no atendimento, relacionados à ênfase no abuso, interações interpessoais e competência profissional. Quanto aos resultados negativos da assistência destacaram-se os sentimentos de impotência e humilhação das usuárias (MARTSOLF *et al.*, 2010), o que igualmente pode ser observado nesta pesquisa, conforme elucidam os relatos a seguir:

“[No hospital] fiz exames, tomei algumas injeções e me mandaram embora.” (E6).

“[Após a violência sexual] fui no médico e denunciei. Mas isso não me ajudou muito, pois o que estava sentindo ninguém podia imaginar.” (E3).

“[Na urgência] fiquei lá atrás na salinha. Eu ficava mais nervosa ainda. Meu Deus do céu, não via a hora [de ir embora]. Só teve algumas enfermeiras que começaram a falar: ‘nossa com certeza ela procurou o abuso, procurou para acontecer isso. Isso nem foi um abuso’.” (E9).

“Cheguei lá no SAE e fui bem tratada, me senti protegida e consegui me abrir, contar minha história toda para elas.” (E2).

“[No SAE] me senti acolhida, porque as enfermeiras sempre me perguntavam se estava bem, se precisava de alguma coisa, se queria falar com a psicóloga. Todo o tempo pareciam bem preocupadas comigo, e isso é bom para a gente que está passando por uma situação como essa [violência sexual].” (E12).

Parte das participantes da pesquisa, apesar de terem procurado atendimento nas instituições de saúde hospitalares e de atenção básica, que constituem os serviços de apoio, receberam uma assistência que não foi suficiente para o enfrentamento do trauma provocado pela violência sexual.

Sob essa perspectiva, nos serviços que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência sexual é possível identificar a tendência de alguns profissionais responsáveis pela assistência de ignorar o histórico da agressão, duvidar do relato das vítimas, responsabilizá-las pela violação ou aconselhar a esquecer o evento vivenciado (MARTSOLF *et al.*, 2010), e também recusarem a prestar assistência, o que dá margem para se questionar a eficácia desses locais de apoio (AHRENS, 2006).

Deste modo, os espaços que deveriam ser destinados para o apoio das vítimas podem ser responsáveis pela reprodução da violência, na medida em que

naturalizam ou vitimizam as mulheres. Portanto, é possível que sejam responsabilizadas por incitar a agressão devido à desobediência aos comportamentos socialmente construídos, como submissão, fragilidade e passividade (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

A falta de postura dos profissionais que atendem na rede de apoio torna a assistência inadequada, visto que está relacionada com a reprodução dos preconceitos e das posturas sexistas presentes nas relações sociais e na desigualdade estabelecida entre os sexos, o que reforça a experiência emocional de vulnerabilidade nas mulheres agredidas e a perpetuação da violência (VILLELA *et al.*, 2011).

A fala de E9 mostrou claramente um comportamento que avança na contramão do que se espera de um profissional capacitado, pois segundo pesquisa realizada por Correa, Labronici e Trigueiro (2009), o olhar sensível e contínuo dos profissionais de saúde sobre o ser cuidado é fundamental para compreendê-lo na sua multidimensionalidade, e na medida em que consegue reconhecer o passado marcado pela violência sexual, existe a possibilidade de estabelecer medidas de intervenção, que irão auxiliar na reconstituição da autoimagem, autoestima e transcendência do evento traumático vivido.

Em compensação, os fragmentos dos relatos de E2 e E12 elucidam a presença de profissionais nos serviços de apoio com uma postura de acolhimento, responsável por propiciar a sensação de proteção e apoio para as mulheres vítimas de violência sexual que procuraram atendimento e, assim, promoveram a continuidade do percurso de resiliência.

Sob esse olhar, é possível compreender a necessidade dos profissionais apresentarem uma postura de abertura e acolhimento, no sentido de proporcionar visibilidade para a prática profissional, com o intuito de que as mulheres vítimas sintam-se dispostas a exprimir suas necessidades, angústias, temores e dúvidas, tornando perceptível o lado obscuro do trauma (FERRAZ, 2013).

A identificação das situações de violência vividas pelas usuárias dos serviços de apoio está relacionada à mobilização de recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade dos profissionais para ouvir a mulher, bem como à capacitação profissional (BARALDI *et al.*, 2012).

Em relação aos profissionais de saúde, além de participarem do processo de tratamento, são responsáveis pelo cuidado, por meio do reconhecimento da

dimensão humana e da relação de reciprocidade entre o ser cuidado e o cuidador. Dessa forma, o ato de cuidar é relacional, de modo que a experiência de cada indivíduo adquire sentido sob o olhar de si e do outro (VILLELA *et al.*, 2011).

Diante disso, é preciso destacar que a Enfermagem, desde o processo de formação profissional, compreende o cuidado como uma necessidade humana básica, realizado mediante a presença de escuta e diálogo abertos, a fim de encontrar a melhor maneira para a resolução do problema, assim como favorecer a criação de vínculo entre enfermeira e usuário do serviço de saúde (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A assistência oferecida pelos serviços de apoio para as vítimas de violência sexual desta pesquisa também pode ser caracterizada como fragmentada, porque as participantes não relataram a presença de intervenções intersetoriais que buscassem atender às demandas de saúde e de justiça. Deste modo, o atendimento se mostrou restrito à cada instituição, sem considerar a prestação de cuidado integral à mulher vitimada.

Sob essa perspectiva, constata-se que algumas das instituições de saúde hospitalares e de atenção básica apresentaram uma assistência centrada na realização de exames diagnósticos e na administração de medicamentos. Portanto, a oferta do cuidado foi baseada somente nos agravos físicos oriundos da violência sexual.

Neste contexto, é possível observar o enfoque da atenção biomédica no atendimento as mulheres vítimas de violência, vez que o cuidado visa assistir somente as necessidades de ordem física resultantes da agressão. Assim, a assistência se torna dicotomizada, visto que o objeto de trabalho dos serviços de saúde é de caráter biológico, desconsiderando o aspecto psicológico e social (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Ressalta-se ainda que o atendimento oferecido para as participantes da pesquisa em determinados momentos negligenciou o aspecto relacionado aos danos psicológicos desencadeados a partir da violência sexual, e também foi responsável pela revitimização da mulher, na medida em que culpabilizaram a vítima pelo trauma vivido.

Sob esse olhar, uma pesquisa realizada com gestores dos serviços que compõem a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual na cidade de Campo Grande/MS, constatou que a revitimização da mulher que procura

atendimento é reconhecida e motivo de preocupação para os entrevistados, porquanto as vítimas estão suscetíveis a sofrer preconceitos e, conseqüentemente, interromper a continuidade da assistência nas instituições de apoio (LIMA, 2014).

Dessa forma, é preciso destacar que a violência sexual contra a mulher pode ser responsável por ocasionar danos à saúde física, psíquica e reprodutiva das vítimas, assim como causar impactos negativos para os filhos e demais membros familiares. Deste modo, o atendimento prestado por setores como a justiça, a polícia, os serviços de apoio social e de saúde, quando realizado de forma conjunta, favorece o enfrentamento da situação traumática (BRASIL, 2012a).

Observa-se que a rede de atenção para mulheres em situação de violência sexual precisa considerar as instâncias governamentais, as ações da sociedade civil e o apoio do legislativo e do judiciário, no sentido de que o atendimento conjunto promova ajuda efetiva e potencialize a confiança das vítimas em relação aos mecanismos de enfrentamento da violência sexual (LIMA, 2014).

O apoio social é responsável por oferecer às vítimas de violência um suporte tanto emocional quanto concreto. Diante disso, os recursos disponibilizados pela rede de apoio, formada por familiares, amigos, igreja, serviços de justiça e de saúde, apresentam a possibilidade de prover mecanismos de enfrentamento, com o intuito de diminuir a exposição à situação traumática (GLASS *et al.*, 2007).

Na medida em que as mulheres vítimas da violência sexual reconhecem a rede de apoio como uma fonte de ajuda, responsável por fornecer fatores de proteção para o enfrentamento da situação traumática, apresentam a capacidade de se fortalecerem para seguir adiante e dar continuidade ao percurso de resiliência.

De acordo com pesquisa realizada (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009), a compreensão das vítimas de violência sobre os benefícios da sua conduta em relação ao enfrentamento do trauma, mobiliza-as para uma mudança de comportamento e, conseqüentemente, resulta na denúncia da agressão. Dessa forma, as mulheres, ao confiarem na legislação, nas instituições de apoio e nos centros de referência, aumentam a possibilidade de romper com o sofrimento oriundo da violência e, assim, promover a abertura existencial.

Quando há a abertura existencial em direção ao outro, os serviços que compõem a rede de apoio às mulheres deveriam apresentar profissionais capacitados para o atendimento, capazes de acolher, realizar a escuta ativa e o cuidado integral para a construção de um vínculo de confiança com a usuária que

procura amparo para o enfrentamento da violência sexual, a fim de que possa dar continuidade ao percurso resiliente.

Sob essa perspectiva, quando é estabelecida uma relação de confiança entre os profissionais que atuam nas instituições de apoio e as mulheres vitimadas pela violência, ocorre uma mudança na concepção das usuárias em relação à ajuda e acolhimento oferecidos (DUTRA *et al.*, 2013). Neste sentido, é possível se construir uma relação de cuidado, que possibilita o enfrentamento da situação vivida e, conseqüentemente, incita a resiliência.

Neste contexto, uma pesquisa composta por 283 gestantes de 18 a 49 anos com histórico de violência física pelo parceiro, constatou que 78,4% das participantes adotaram alguma atitude para enfrentar a violência, 57,6% conversaram com familiares e amigos, 3,5% buscaram algum serviço de apoio, e 17,3% tiveram ambas as atitudes. Os serviços mais procurados foram a Delegacia/Polícia (57,6%), Hospital/Unidade de Saúde (27,1%), instituição religiosa (25,4%) e Delegacia da Mulher (23,7%) (SILVA *et al.*, 2012).

Outra pesquisa realizada sobre a violência nos relacionamentos afetivo-sexuais, com 283 adolescentes de 15 a 19 anos, constatou que os familiares (35,4%) e os amigos (28,2%) foram citados como principais fontes de apoio diante de uma situação de violação, seguidos pelos profissionais de saúde (10,7%), educadores (1,1%) e religiosos (0,4%) (SOARES; LOPES; NJAINE, 2013).

As mulheres em situação de violência buscam os serviços de apoio com a finalidade de fortalecer o seu enfrentamento, conforme foi possível constatar nos estudos supracitados, assim como nos fragmentos dos relatos das participantes da pesquisa. Portanto, o modo pelo qual o atendimento é ofertado nesses locais, pode influenciar no comportamento das vítimas em relação à ruptura com o evento traumático.

A concepção das medidas adotadas pela rede de apoio social e afetiva, após a revelação da violência sexual, é importante para a identificação de práticas que promovam o risco e o dano causado pela violação, como também para a elaboração de estratégias mais eficazes na proteção e manutenção da qualidade de vida das vítimas. Nesta perspectiva, a rede torna-se efetiva na medida em que busca a redução dos efeitos negativos provocados pela experiência traumática (HABIGZANG; RAMOS; KOLLER, 2011).

Desta maneira, a consolidação de uma rede de apoio efetiva reflete no potencial de resiliência das mulheres vitimadas. Diante disso, a garantia de suporte e assistência às vítimas de estupro possibilita a recuperação de alguns domínios da vida afetados pela experiência traumática vivida (PERILLOUX; DUNTLEY; BUSS, 2012).

Além disso, é possível compreender que a relação de solidariedade e confiança construída pelos profissionais dos serviços de apoio, juntamente com as usuárias, favorece a inserção das mulheres vitimadas na rede de atendimento. Concomitantemente, possibilita a elaboração de um elo de segurança e a busca por alguma forma de assistência (DUTRA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a rede social de apoio apresenta papel significativo às usuárias das instituições de saúde, assim como para a atuação dos profissionais responsáveis pelo cuidado. Entretanto, em alguns momentos podem cometer falhas prejudiciais aos indivíduos que necessitam de ajuda (MARCON *et al.*, 2009) e que podem estar relacionadas tanto com a troca de informações entre os membros da equipe de saúde, quanto com os profissionais de outros serviços de atenção às mulheres vítimas de violência.

Nesta perspectiva, é possível constatar por meio dos fragmentos dos relatos de algumas das participantes da pesquisa a ausência de um atendimento integral, uma vez que os serviços e os profissionais prestam a assistência de forma isolada. Desta maneira, observa-se a fragmentação do cuidado, pois não existe uma rede de comunicação efetiva entre as pessoas responsáveis pelo amparo das vítimas.

A falha na comunicação desencadeia, como consequência, rupturas na rede de apoio responsável pela fragmentação da assistência, e influencia o sentimento das usuárias em relação à segurança, acolhimento e ajuda encontrados nas instituições (DUTRA *et al.*, 2013). Sob esse olhar, compreende-se que a comunicação entre os serviços que compõe a rede de apoio deve ser constante, pois promove a não revitimização das mulheres que se encontram em situação de violência sexual.

Desta forma, destaca-se que o contato amistoso entre as instituições promove o relacionamento entre a atenção básica em saúde, polícia civil e militar, assistência social e centro de referência de atendimento às vítimas (LIMA, 2014). Assim, a assistência deve apresentar como foco a mulher inserida em uma rede de apoio, e para isso, é necessária uma escuta sensível de cada profissional

responsável pelo atendimento das vítimas, assim como o estabelecimento de um trabalho compartilhado entre as equipes de diferentes setores do mesmo serviço e com outras instituições (CONTE *et al.*, 2012).

Além disso, os profissionais precisam enfrentar os desafios relacionados à estrutura física dos serviços, ao despreparo técnico e à fragilidade da rede de apoio, a fim de desempenhar a essência das suas profissões, o cuidado e a proteção das vítimas, pois caso contrário, a prática profissional deixa de ser um espaço no qual pode atribuir-se um novo sentido e significado ao trauma (VILLELA *et al.*, 2011).

A participação dos profissionais que compõem os serviços de apoio no enfrentamento do trauma provocado pela violência sexual é fundamental para o empoderamento das vítimas, e pode possibilitar a continuidade do desenvolvimento pessoal, na medida em que existem pessoas capazes de oferecer ajuda diante das adversidades.

6.4 TRANSCENDÊNCIA DA EXPERIÊNCIA VIVIDA: A RELIGAÇÃO COM DEUS E A REATIVAÇÃO DA FÉ

Os relatos das participantes da pesquisa expressam o fortalecimento da religiosidade após o evento traumático. No primeiro momento, algumas vítimas se sentiram abandonadas por Deus, pelo fato de permitir que fossem violentadas sexualmente. Posteriormente, reativaram a fé, no sentido de encontrar apoio para o enfrentamento do trauma e, dessa maneira, buscar a transcendência da experiência vivida.

“Depois disso [violência sexual], fiquei por muito tempo sem rezar, sem pedir por Deus. Achava que ele tinha me abandonado. Pedi tanto naquela hora e me senti abandonada por todos. Até por Deus. Mas isso passou, e hoje consigo perceber que ele [Deus] evitou o pior, me cuidou da morte. Hoje sou uma pessoa de mais fé.” (E3).

“No primeiro momento [após a violência sexual] até eu brincava. Por que eu? Por que aconteceu? Por que o Senhor [Deus] não fez nada? Sabe, fiquei bem revoltada. [...] Não foi por culpa de Deus, foi uma fatalidade. Era para ter acontecido, e aconteceu. Então, ainda bem que o pior não aconteceu: estar morta. Estou viva e graças a ele [Deus].” (E8).

“Deus estava comigo o tempo todo. Estava ali comigo o tempo inteiro. Porque na hora, pedi o tempo inteiro pra Deus não deixar ele [agressor] me matar, me cuidar [...]. Eu sei que Deus não me abandonou, porque ele podia ter me matado, jogado e deixado lá [local da agressão].” (E4).

“De repente vinha uma voz lá de dentro. Eu sonhava, mas acho que era Deus mesmo no meu sonho, dizendo que não era para eu desistir; tinha alguma coisa boa para mim. [...] Deus me deu muita força. Antes pedia muito. Hoje, primeiro agradeço para depois pedir.” (E7).

“[...] Então a gente viveu numa pressão tão grande, que foi Deus quem deu uma força para chegar aonde cheguei hoje. Porque tinha vezes que eu pensava: meu Deus, joguei pedra na cruz para estar passando por isso.” (E10).

Os fragmentos das falas expressam a importância da religião com Deus, como motivo pelo qual as mulheres vitimadas acreditaram na possibilidade de transcender a experiência traumática vivida. A crença em Deus e a espiritualidade podem ser responsáveis por fornecer ao ser humano uma força confiável, na medida em que é isenta de julgamentos, e propiciar uma nova oportunidade para a vida (BARNES; MURPHY, 2009), como é relatado pelas mulheres participantes da pesquisa.

Apesar de E3 se sentir desamparada num primeiro momento, a religião com Deus vai ao encontro de uma pesquisa realizada (AMPARO *et al.*, 2008), na qual a espiritualidade foi compreendida como fator de proteção, ao oferecer suporte diante da exposição aos riscos e, desta forma, contribuir para a manutenção da resiliência e da autoestima.

Estudo composto por 199 mulheres vitimadas pela violência na cidade de Medellín, Colômbia, constatou a relevância da associação entre a resiliência e a espiritualidade como um importante mecanismo para promover a redução do sofrimento vivido pelas vítimas (VÉLEZ *et al.*, 2005).

A religiosidade apresenta a capacidade de fornecer uma forma de apoio, que possibilita o enfrentamento das dificuldades e a modificação de atitudes. Neste caso, pode ser considerada como fonte de interpretação para os diversos eventos que ocorrem no decorrer da vida do ser humano (CARVALHO *et al.*, 2007).

Em pesquisa realizada por Assis, Pesce e Avanci (2006), a religiosidade foi compreendida como uma fonte de sustentação, visto que forneceu apoio necessário para encarar os desafios e as perdas decorrentes de eventos traumáticos.

De acordo com Cyrulnik (2004), a religiosidade também pode oferecer a elaboração de um caminho sensato, promover encontros amigáveis e o compartilhamento de uma transcendência, vez que a experiência religiosa tem a capacidade de permitir a compreensão de que a personalidade não deve ser reduzida ao trauma.

A experiência religiosa pode, além disso, oferecer melhor lucidez sobre as situações vividas e conforto nos momentos de angústia. Neste caso, é capaz de tornar os eventos imprevisíveis menos ameaçadores e possibilitar a compreensão de acontecimentos inalteráveis (WALSH, 2005). Dessa forma, por meio das falas das participantes da pesquisa foi possível constatar que a religiosidade representou um fator de proteção, pois as vítimas compreenderam que foi responsável por amenizar os danos provocados pela violência sexual.

Os fatores de proteção consistem em influências responsáveis por modificar ou melhorar a resposta de um indivíduo, a partir das adversidades da vida que influenciam negativamente o desenvolvimento humano (ASSIS *et al.*, 2006). Sob essa perspectiva, para as participantes da pesquisa a fé passou a ocupar uma posição de maior relevância do que a experiência traumática, assim como a crença religiosa foi importante para o enfrentamento do trauma desencadeado pela violência sexual.

Diante disso, a crença na existência de vida além da matéria e a presença da fé podem ser compreendidas como importantes fatores de proteção para a preservação do bem-estar físico e mental dos indivíduos submetidos a situações de risco (ASSIS *et al.*, 2006).

A crença religiosa proporcionou para as mulheres participantes da pesquisa a compreensão de que é mais relevante a sobrevivência, quando comparada ao sofrimento desencadeado pela violência sexual. Desta maneira, as vítimas se sentiram estimuladas a enfrentar a situação traumática, com o intuito de retomar a trajetória de desenvolvimento amparada pela espiritualidade e mediante o pressuposto de que a vida precisa ser valorizada.

Sob esse olhar, a crença em Deus e a espiritualidade podem ser comparadas a uma pequena chama que fornece a quantidade de luz suficiente para o recomeço da vida, que se encontrava obscurecida após o trauma. Assim, é possível observar os primeiros passos no caminho para a resiliência (CYRULNIK, 2006).

Neste sentido, é necessário ressaltar que a religião e a espiritualidade apresentam a capacidade de oferecer conforto e significado para a adversidade vivida e, conseqüentemente, reforçar a possibilidade de superação. Um evento traumático tanto pode precipitar questionamentos em relação à crença espiritual,

quanto promover uma nova forma de olhar para a fé que fornece alívio ao sofrimento (WALSH, 2005).

Nos fragmentos dos discursos das participantes da pesquisa foi possível constatar um sentimento ambíguo em relação à espiritualidade, porquanto no momento em que sofreram a violação foi destacado o sentimento de desamparo em relação a Deus, por compreenderem que o trauma poderia ter sido evitado. Todavia, no processo de representação do evento traumático, a espiritualidade foi considerada como forma de apoio necessário para o enfrentamento e a possibilidade de seguir a vida adiante.

Quando o ser humano é capaz de alterar a representação sobre o trauma por meio da expressão, do compartilhamento das emoções e da interação com as outras pessoas e a cultura, é possível constatar uma mudança nos sentimentos e, neste caso, a lembrança da ferida se torna suportável. Isso nada mais é do que o processo de metamorfose (CYRULNIK, 2006).

A mudança dos sentimentos das mulheres vitimadas em relação a Deus, expressa o processo de metamorfose vivido após o evento traumático. Desta maneira, a reativação da fé representa um fator desencadeador da transcendência da experiência vivida, além de estimular a cicatrização da ferida provocada pela violência sexual.

Neste contexto, a cicatrização da ferida está ligada à metamorfose da representação sobre o trauma. Porém, é importante destacar que a cicatriz nunca é segura, na medida em que existe uma abertura no desenvolvimento da personalidade provocada pelo evento traumático e que se encontra suscetível aos golpes do destino (CYRULNIK, 2004).

Nessa perspectiva, não existe o esquecimento ou a eliminação da dor da ferida. No entanto, é possível que a mulher vitimada desenvolva a capacidade de lidar de forma mais saudável com o evento traumático, ao reelaborar a representação sobre o trauma, no sentido de dar um significado que permite seguir com a vida (MARTINS, 2011).

Destarte, o percurso de resiliência é uma ação continuada mas não linear, que conta com a presença de fatores de proteção para o fortalecimento das mulheres vitimadas. Dessa forma, a religação com Deus e a reativação da fé foram elementos importantes para a manutenção das participantes da pesquisa no percurso resiliente.

Diante disso, os altos níveis de resiliência e de espiritualidade apresentados por mulheres vítimas de violência, sugerem a possibilidade de serem elaboradas intervenções com o intuito de promover recursos pessoais e sociais, concomitantes ao processo de superação do trauma (VÉLES *et al.*, 2005).

Destaca-se que a participação da enfermeira na elaboração de intervenções que ajudam no desenvolvimento da dimensão espiritual, contribui para que as mulheres vítimas de violência diminuam o sentimento de solidão e isolamento, na medida em que se proporciona esperança para a superação do sofrimento (CANAVAL; GONZÁLEZ; SÁNCHEZ, 2007).

Quando as mulheres vitimadas pela violência sexual encontraram na espiritualidade o impulso necessário para seguir com a vida adiante, constatou-se a transcendência da experiência traumática vivida porque continuaram o desenvolvimento pessoal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes da pesquisa tiveram suas vidas modificadas pela violência sexual, porém, encontraram na maternidade e na realização pessoal o motivo pelo qual a vida deveria seguir adiante, de modo a não ficarem aprisionadas ao passado vinculado com a experiência traumática. Assim, o sentimento de cuidado e responsabilidade desencadeou o movimento de mobilização interna, que consiste no início do percurso de resiliência.

O sentimento de cuidado e responsabilidade foi capaz de transformar a representação do trauma na vida das mulheres vítimas e as fortaleceu, porque ser mãe pressupõe cuidar, proteger, educar e assegurar o desenvolvimento dos filhos, assim como, a realização pessoal garante autonomia para a tomada de decisões em relação à própria vida. Além disso, propiciou o rompimento com o passado marcado pela violência sexual e a abertura existencial em direção ao outro, a fim de compartilhar o sofrimento e ser ajudada.

A presença de pessoas dispostas a ouvir sem julgar ou discriminar, tornou possível a ressignificação da violência sexual, na medida em que o compartilhamento da narrativa forneceu clareza para a experiência vivida. Diante disso, o apoio dos familiares permitiu o remanejamento das emoções correspondentes ao trauma, porquanto se sentiram acolhidas, apoiadas, protegidas e compreendidas pela família.

Por outro lado, parte das participantes da pesquisa não se sentiram acolhidas e nem perceberam o apoio de alguns profissionais que compõem os serviços da rede de atenção às vítimas de violência sexual, primordial para o processo de empoderamento das mulheres vitimadas, e para a promoção de uma nova representação do episódio traumático.

A assistência realizada nos serviços de apoio, como no caso de algumas instituições de saúde, foi restrita à execução de protocolos institucionais para o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual, sem a presença de um trabalho intersetorial. Além disso, parte dos profissionais não apresentou uma postura de abertura e acolhimento para estabelecer um vínculo de confiança.

Sob essa perspectiva, destaca-se a insuficiência de intervenções propostas a partir dos serviços de apoio para a redução dos efeitos negativos provocados pela

violência sexual. Da mesma forma, foi possível identificar a não realização da tutoria da resiliência por parte dos profissionais, uma vez que o percurso resiliente não é linear, razão pela qual requer um suporte dinâmico até que encontrem um novo sentido.

Diante disso, é necessário refletir sobre a qualificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento das mulheres vitimadas pela violência em direção à promoção da resiliência, porque a realização dos protocolos institucionais não é suficiente para a retomada do desenvolvimento pessoal após a experiência traumática.

A abordagem subjetiva é fundamental, visto que propicia conhecer o outro na sua totalidade, acolher, estabelecer uma relação de cuidado ética, solidária e de confiança e que vai ao encontro das necessidades e da singularidade de cada ser humano. Sob essa perspectiva, a enfermeira integrante da rede de apoio, com uma postura de abertura, um olhar diferenciado e sensível, pode realizar a escuta ativa, de modo a propiciar a narrativa das mulheres vítimas de violência sexual, porque isso se configura como uma forma de cuidar e incitar o percurso resiliente.

A incorporação da resiliência na prática do cuidado de enfermagem é imprescindível não somente para amenizar o sofrimento e os danos gerados pela violência sexual, mas para o apoio das mulheres na construção de uma outra perspectiva de vida, na qual possam acreditar que ainda existe um novo caminho a ser explorado e um sentido a ser encontrado.

Ressalta-se ainda, a necessidade do tema resiliência ser abordado no curso de graduação em enfermagem, e nos serviços que prestam atendimento às vítimas por meio da educação permanente, com a finalidade de formar profissionais qualificados para o manejo das situações clínicas e dos aspectos subjetivos relacionados ao cuidado das mulheres vitimadas, que buscam as instituições de saúde como uma alternativa para o enfrentamento da violência sexual.

Além disso, o tema também deve ser empregado tanto na prática profissional, na medida em que fornece subsídios para a compreensão e promoção da trajetória resiliente das vítimas de violência sexual, assim como no ensino, visto que o conhecimento sobre a temática abre a perspectiva para o cuidado expressivo, e na pesquisa para a ampliação do conhecimento e avanço da ciência.

Outro fator importante encontrado nesta pesquisa, no que se refere ao percurso resiliente, foi a religação com Deus e a reativação da fé, porque as

mulheres encontraram um estímulo para acreditar que sobreviver era mais relevante do que ter sofrido violência sexual, e isso propiciou o enfrentamento da experiência traumática e a permanência das participantes da pesquisa no percurso resiliente.

A pesquisa apresenta como limitação, a impossibilidade de ter continuado o acompanhamento das mulheres no percurso de resiliência, em função do tempo para sua finalização, a fim de que fosse possível conhecer o momento no qual teriam encontrado um novo sentido para a vida e, conseqüentemente, a superação do trauma. Ainda, é preciso salientar que as informações não podem ser generalizáveis, pois a investigação é regional.

Na condição de mulher, enfermeira e pesquisadora, a realização desta pesquisa permitiu compreender que as mulheres, mesmo tendo sofrido o trauma e iniciado o percurso resiliente, carregam em seus corpos as marcas geradas pela violência sexual sofrida, que dificilmente serão apagadas, uma vez que passaram a fazer parte da história de cada uma delas.

Ao finalizar esta pesquisa, é importante destacar que o conceito de resiliência utilizado na fundamentação da análise das entrevistas possibilitou conhecer o percurso de resiliência das mulheres participantes da pesquisa por meio de momentos. Assim sendo, pode ser utilizado pela enfermeira na prática de cuidado em diferentes cenários e distintas situações traumáticas.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMS, N. *et al.* Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review, **Lancet.**, London, v. 383, n. 9929, p. 1648-54, mai, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613622436>>. Acesso em: 01/07/2014.

AHRENS, C.E. Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape, **Am J Community Psychol.**, v. 38, n. 3-4, p. 263-274, dez, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705531/>>. Acesso em: 03/02/2013.

ÁLVAREZ, M.C.D.; GÓMEZ, M.C.S.; JARA, P.A.F.D. Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer, **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 11, n. 3, p. 769-77, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/769/2870>>. Acesso em: 01/07/2013.

AMARO, H.J.F. **Stresse e Burnout nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar**. 2010. 517 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro, 2010. Disponível em: <<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/2649>>. Acesso em: 04/01/2013.

AMPARO, D.M. *et al.* Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção, **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 13, n. 2, p. 165-74, mai./ago., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200009>. Acesso em: 09/05/2014.

AQUINO, N.M.R. *et al.* Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres e gestantes, **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 954-960, dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000600006&script=sci_arttext>. Acesso em: 18/03/2013.

ASSIS, S.G. *et al.* **Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2006. p. 68.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J.Q. **Resiliência: enfatizando a proteção de adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 144.

ÁVILA, M.B.M. A dinâmica do trabalho produtivo e reprodutivo: uma contradição viva no cotidiano das mulheres. In: VENTURI, G; GODINHO, T. (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças de opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013. p. 231-245.

AZAMBUJA, M.P.R.; NOGUEIRA, C. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública, **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 101-112, jul./set., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300011>. Acesso em: 16/04/2013.

BARALDI, A.C.P. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?, **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-18, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 09/03/2014.

BARBOSA, F.A. *et al.* Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas, **Barbarói.**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 28-49, ago./dez., 2010. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1470/1312>>. Acesso em: 23/04/2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 279.

BARLACH, L. **O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito**. 2005. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19062006-101545/pt-br.php>>. Acesso em: 19/03/2013.

BARNES, D.B.; MURPHY, S. Reproductive decisions for women with HIV: motherhood's role in envisioning a future, **Qual. health res.**, Newbury Park, v. 19, n. 4, p. 481-91, abr, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19299754>>. Acesso em: 13/03/2014.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. 4. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970. p. 500.

BEYNON, C.E. *et al.* Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis, **BMC Public Health**, v. 12, n. 473, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/473>>. Acesso em: 11/06/2013.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 160.

BRASIL. **Balanço Semestral: Janeiro a Junho/2012**. Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012. p. 15.

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p. 123.

_____. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às mulheres**. Brasília: Ministério da Justiça, 2010. p. 84.

_____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 ago. 2006.

_____. **Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 68.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jan. 2002.

BUESA, S.; CALVETE, E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social, **Rev. int. psicol. ter. psicol.**, Granada, v. 13, n. 1, p. 31-45, 2013. Disponível em: <<http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomas-de-ES.pdf>>. Acesso em: 18/05/2014.

CANAVAL, G.E.; GONZÁLEZ, M.C.; SÁNCHEZ, M.O. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja, **Colomb. med.**, Cali, v. 38, n. 4, p. 72-8, out./dez., 2007. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf/rc07078>>. Acesso em: 01/06/2014.

CARVALHO, F.T. *et al.* Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS, **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-33, set, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900011>. Acesso em: 23/06/2014.

CASTAÑO, J.P.; PÉREZ, I.R.; PIÑAR, M.I.M. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja, **Gac. sanit.**, Barcelona, v. 22, n. 6, p. 527-533, nov./dez., 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 21/04/2014.

CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004>. Acesso em: 14/04/2013.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014. p. 30.

CONTE, M. *et al.* Rotas Críticas: Desatar nós para fazer laços, **Athenea Digital**, Barcelona, v. 12, n. 4, p. 285-94, nov, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53724611019>>. Acesso em: 01/06/2014.

CORREA, M.E.C.; LABRONICI, L.M.; TRIGUEIRO, T.H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual, **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, mai./jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 26/02/2014.

CORTEZ, M.B.; SOUZA, L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal, **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 171-180, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/05.pdf>>. Acesso em: 03/06/2013.

COSTA, A.M. *et al.* Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência, **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627-35, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/274/pdf>>. Acesso em: 27/03/2014.

CUNHA, A.G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4. ed. revista pela nova ortografia. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010. p. 641.

CUNHA, A.C.B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R.M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes, **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v.

64, n. 1, p. 139-55, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 01/05/2014.

CYRULNIK, B. **Autobiografia de um espantalho: Histórias de resiliência: o retorno à vida**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. p. 207.

_____. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 181.

_____. **O murmúrio dos fantasmas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 184.

_____. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 215.

_____. **Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001. p. 239.

DATASUS. Informações de Saúde. **População Residente no Paraná**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popPR.def>>. Acesso em: 19/06/2013.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-50, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 13/05/2014.

DRAUCKER, C.B. *et al.* The Essence of Healing from Sexual Violence: A Qualitative Metasynthesis, **Res Nurs Health**, v. 32, n. 4, p. 2-18, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19415681>>. Acesso em: 03/07/2013.

DUTRA, M.L. *et al.* A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, mai, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000500014&script=sci_arttext>. Acesso em: 29/07/2013.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S.; OLIVEIRA, M.A.C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis, **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp, p. 119-33, set, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea16.pdf>>. Acesso em: 24/03/2014.

FACURI, C.O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil, **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-98, mai, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 24/04/2014.

FELICE, E.M. Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe, **Psyche (São Paulo)**., São Paulo, v. 11, n. 21, p. 145-59, jul./dez., 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/307/30711302010.pdf>>. Acesso em: 13/05/2014.

FERRAZ, M.I.R. **Corpos negados na violência conjugal**. 2013. 98 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Setor de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/TESE%20-%20MARIA%20ISABEL%20RAIMON%20DO%20FERRAZ.pdf>>. Acesso em: 06/03/2014.

FERREIRA, M.C.R. *et al.* Acolhimento de crianças e adolescentes em situações de abandono, violência e rupturas, **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 390-9, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722012000200021&script=sci_arttext>. Acesso em: 17/03/2014.

FLORES, M.R. *et al.* Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno, **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 348-60 mar./abr., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200011>. Acesso em: 07/02/2014.

FONSECA, R.M.G.S. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção do processo saúde-doença, **PROENF – Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto**, Porto Alegre, v. 3, p. 9-39, 2008. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/118032/mod_resource/content/1/g%C3%AAnero-Rosa>. Acesso em: 05/07/2013.

FONSECA, R.M.G.S.; GUEDES, R.N. **Violência doméstica: um olhar de gênero**. In: 63ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 2011, Goiânia.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013. p. 135.

GERMANO, I.M.P.; COLAÇO, V.F.R. Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis, **Estud. psicol. (Natal)**., Natal, v. 17, n. 3, p. 381-7, set./dez., 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2012000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 23/03/2014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 200.

GLASS, N. *et al.* The protective role of tangible support on Post-Traumatic Stress Disorder symptoms in urban women survivors of violence, **Res. nurs. health.**, New York, v. 30, n. 5, p. 558-68, out, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893936>>. Acesso em: 10/08/2014.

GOMES, R. A Mulher em Situações de Violência sob a Ótica da Saúde. In.: MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. (Org.). **Violência sob o Olhar da Saúde: a intrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 199-222.

GONÇALVES, I.T.J.P. *et al.* Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem, **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 620-9, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1065/pdf>>. Acesso em: 27/08/2014.

GRIMAL, P. **Dicionário Internacional de biografias**. São Paulo: Martins S.A., 1969. p.1793.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. **A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero**, **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 45, Esp. 2, p. 1731-5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/16.pdf>>. Acesso em: 19/09/2014.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero, **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres, **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-31, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300024&script=sci_arttext>. Acesso em: 13/08/2013.

HABIGZANG, L.F.; RAMOS, M.S.; KOLLER, S.H. A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio, **Psicol. teor. pesquis.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 467-73, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/10.pdf>>. Acesso em: 03/04/2014.

INSTITUTO AVON/IPSOS. **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. 2011. p. 32.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Tolerância social à violência contra as mulheres**. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014. p. 40.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. São Paulo: Data Popular, 2013. p. 27.

JEWKES, R.; SEN, P.; GARCIA-MORENO, C. Sexual violence. In: KRUG, E.G. *et al.*, (Ed.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 149–181.

JUNQUEIRA, M.F.P.S.; DESLANDES, S.F. Resiliência e maus-tratos à criança, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, jan./fev., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14923>>. Acesso em: 23/01/2013.

KELLY, J.T. *et al.* Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democratic Republic of the Congo: a mixed-methods study, **Conflict and Health**, v. 2, n. 25, p. 2-8, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22047181>>. Acesso em 03/05/2013.

LABRONICI, L.M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico, **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 625-32, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a18.pdf>>. Acesso em: 02/01/2013.

_____. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. 2002. 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. **Corporeidade no cenário da clínica ortopédica**. Porto Alegre: Edições EST, 1999. p. 84.

LABRONICI, L.M. *et al.* A redescoberta da maternidade por mulheres vítimas de violência doméstica: uma possibilidade existencial, **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 474-7, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=575836&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13/04/2013.

LIMA, C.A. **Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores**. 2014. 221 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719726>>. Acesso em: 04/09/2014.

LOPES, I. O caminho da invisibilidade ao empoderamento feminino. In: VENTURI, G; GODINHO, T. (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças de opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013. p. 393-401.

MAGALHÃES, R.L.B. **Resiliência e contexto familiar de mulheres vítimas de violência sexual**. 2008. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2008. Disponível em: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Rosilane%20de%20Lima%20Brito%20Magalh%C3%A3es%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Rosilane%20de%20Lima%20Brito%20Magalh%C3%A3es%20(Segura).pdf)>. Acesso em: 02/01/2013.

MAIA, M.S. Crianças do porão: descuido, violência psíquica e cuidado. In: MAIA, M.S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 357-378.

MALDONADO, V.E.M.; CUEVAS, M.C.C.; TORRES, L.M.T. Construcciones subjetivas sobre la Violencia de Género. Aporte para la prevención del problema, **Enfermería Global**, Espanha, v. 10, n. 3, p. 346-58, jul, 2011. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/118291>>. Acesso em: 01/05/2013.

MARCON, S.S. *et al.* Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática, **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 8, p. 31-9, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9715/5528>>. Acesso em: 04/02/2014.

MARCOVICZ, G.V., RAIMONDO, M.L., LABRONICI, L.M. O percurso de resiliência de mulheres em situação de violência conjugal, **Rev Enferm UFPI**, Teresina, v. 3, n. 2, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1960/pdf>>. Acesso em: 07/08/2014.

MARQUES, A.M. Gênero e Saúde: uma relação ainda oculta. In: STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R. (Org.). **Gênero & Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 35-58.

MARTINS, R.C. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades, **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 727-750, jun, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/271/27121578011.pdf>>. Acesso em: 21/03/2013.

MARTSOLF, D.S. *et al.* A Meta-Summary of Qualitative Findings about Professional Services for Survivors of Sexual Violence, **Qual Rep.**, v. 15, n. 3, p. 489-506, mai, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153442/>>. Acesso em: 15/06/2013.

MASON, F; LODRICK, Z. Psychological consequences of sexual assault, **Best pract. res., Clin. obstet. gynaecol.**, Amsterdam, v. 27, n. 1, p. 27-37, fev, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169341200137X>>. Acesso em: 13/06/2014.

MATTOS, I.A.; LIMA, I.M.S.O. Maternidade e o abuso sexual infantil intrafamiliar: garantir um colo protetor, **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 373-7, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n3/pt_14.pdf>. Acesso em: 28/03/2014.

MEYER, D.E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais, **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 13-18, jan./fev., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf>>. Acesso em: 09/07/2013.

MONTEIRO, C.F.S.; SOUZA, I.E.O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano, **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, jan./mar., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 05/02/2013.

MORAES, S.D.T.A. *et al.* Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério, **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 253-8, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 03/05/2013.

MORAIS, S.C.R.V.; MONTEIRO, C.F.S.; ROCHA, S.S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual, **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-60, jan./mar., 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100018>. Acesso em: 09/02/2013.

MOREIRA, R.L.C.A.; RASERA, E.F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las, **Psicol. soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 529-37, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a13.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014.

MOURA, M.A.V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas, **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-42, set, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127723305002>>. Acesso em: 04/03/2014.

MUÑOZ, D.E.O.; VÉLEZ, D.E.J.; VÉLEZ, T.M.U. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres, **Investigacion y Educacion em Enfermeria**, Medellín, v. 23, n. 1, p. 78-89, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a07.pdf>>. Acesso em: 09/02/2013.

NORONHA, M.G.R.C.S *et al.* Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?, **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09/04/2013.

OLIVEIRA, E.M. Fórum Violência sexual e saúde: Introdução, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 455-458, fev, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200022>. Acesso em: 01/02/2013.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual, **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-12, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 02/02/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** OMS, 2012. p. 94.

OSHIKATA, C.T. *et al.* Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil, **Cad. saúde pública**, Rio

de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-713, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 23/04/2013.

PARANÁ. **Atenção à Mulher em Situação de Violência: Linha Guia**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2012. p. 42.

PARENTE, E.O.; NASCIMENTO, R.O.; VIEIRA, L.J.E.S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia, **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 445-465, mai./ago., 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000200008/11346>>. Acesso em: 12/06/2014.

PEREIRA, T.S. O cuidado como valor jurídico. In: MAIA, M.S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 89-119.

PERES, J.F.P.; MERCANTE, J.P.P.; NASELLO, A.G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico, **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 131-138, mai./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a03.pdf>>. Acesso em: 14/03/2013.

PERILLOUX, C.; DUNTLEY, J.D.; BUSS, D.M. The costs of rape, **Arch. sex. behav.**, New York, v. 41, n. 5, p. 1099-106, out, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975924>>. Acesso em: 18/03/2014.

PESCE, R.P. *et al.* Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência, **Psicol. teor. pesqui.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143, mai./ago., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 18/01/2013.

POLETTTO, M. Resiliência: nova perspectiva sobre as potencialidades humanas, **Polemica**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 76-81, jul./set., 2008. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol25/desenvhumano_1.htm>. Acesso em: 09/04/2013.

POLETTTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção, **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, jul./set., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a09v25n3.pdf>>. Acesso em: 09/04/2013.

POPE, C.; MAYS, N (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 172.

RAIMONDO, M.L.; LABRONICI, L.M.; LAROCCA, L.M. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial, **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 43-9, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/26539/20012>>. Acesso em: 29/05/2013.

REIS, M.J. **Vivência em enfermeiros na assistência à mulher que sofreu violência sexual**. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciência Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000440441>>. Acesso em: 21/03/2013.

RODRIGUES, R.F. **Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual**. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=170555>. Acesso em: 04/01/2013.

RODRIGUES, R.F.; CARINHANHA, J.I.; PENNA, L.H.G. Resiliência em mulheres que vivenciaram violência – revisão das produções científicas, **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 522-530, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/443/452>>. Acesso em: 03/03/2013.

RUTTER, M. Resilience: Some Conceptual Considerations, **J. adolesc. health.**, New York, v. 14, p. 626-631, 1993.

_____. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder, **Brit. J. Psychiat.**, England, v. 147, p. 598-611, 1985.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 151.

_____. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987. p. 120.

SÁNCHEZ, P.M.; PARRA, S.G.; GARCÍA, Ó.M. Violencia basada en género en zonas urbanas y urbano-marginales de Lima Y Callao, 2007-2010, **An. Fac. med.**, v. 73, n. 2, p. 127-33, 2012. Disponível em:

<<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/830>>.
Acesso em: 01/05/2013.

SCHULUPP, J.E.; RODRIGUES, V.F. **Nova enciclopédia de biografias**. Rio de Janeiro: Edição Planalto Editorial Ltda, 1978. p. 1317.

SCHRAIBER, L.B.; OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. 205-216, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/03.pdf>>. Acesso em: 03/06/2013.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p. 183.

SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez., 1995.

SCOTT, J. *et al.* An assessment of gender inequitable norms and gender-based violence in South Sudan: a community-based participatory research approach, **Conflict and Health**, v. 7, n. 4, p. 1-11, 2013. Disponível em: <<http://www.conflictandhealth.com/content/7/1/4>>. Acesso em: 01/08/2013.

SILVA, M.R.S. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social**. 2003. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em: <http://aspro02.npd.ufsc.br/arquivos/190000/191700/18_191778.htm?codBib=>>. Acesso em: 03/01/2013.

SILVA, P.A. *et al.* La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género, **Enfermería Global**, Espanha, v. 11, n. 2, p. 251-8, abr, 2012. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.2.136431/133541>>. Acesso em: 18/07/2013.

SILVA, M.R.S.; ELSEEN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área, **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 26, p. 147-156, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n26/03>>. Acesso em: 09/03/2013.

SILVA, L.M.P.; FERRIANNI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes, **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919-24, set./out., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a18v64n5.pdf>>. Acesso em: 27/04/2014.

SOARES, J.S.F.; LOPES, M.J.M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio, **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1121-30, jun, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a09v29n6.pdf>>. Acesso em: 01/06/2014.

SÓRIA, D.A.C. *et al.* A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 547-51, dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300026>. Acesso em: 03/01/2013.

SOUZA, C.M.; ADESSE, L. (Org.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 188.

STELLIN, R.M.R. *et al.* Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades, **Estilos clín.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 170-185, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282011000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 02/09/2014.

STOCKMAN, J.K.; CAMPBELL, J.C.; CELENTANO, D.D. Sexual violence and HIV risk behaviors among a nationally representative sample of heterosexual American women: The importance of sexual coercion, **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 53, n. 1, p. 1-14, jan, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19734802>>. Acesso em: 03/06/2013.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade, **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 5, p. 521-8, set, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 01/06/2014.

STREY, M.N. Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In: GROSSI, P.K. (Org.). **Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. p. 51-72.

STREY, M.N.; PULCHERIO, G. As tramas de gênero na saúde. In: STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R. (Org.). **Gênero & Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 11-33.

TIMOSHENKO, S.P. **History of strength of materials**. New York: Dover, 1983. p. 452.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. **Le bonheur est toujours possible: Construire la resilience**. Paris: Bayard Éditions, 2010. p. 223.

VÉLEZ, D.E.J. *et al.* Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos em mujeres maltratadas, **Rev. salud pública.**, Bogotá, v. 7, n. 3, p. 281-92, nov, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a04.pdf>>. Acesso em: 19/03/2014.

VILLELA, W.V. *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-23, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf>>. Acesso em: 25/05/2014.

VILLELA, W.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual, **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200025&script=sci_arttext>. Acesso em: 01/02/2013.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebela/Fracso, 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 12/08/2013.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005. p. 314.

WERBA, G.C. Um universo paralelo: empoderando as mulheres na saúde. In: STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R. (Org.). **Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 115-129.

WERNER, E.E. Resilience in development. **Curr. dir. Psycho. sci.** v. 4, n. 3, p. 81-85, 1995.

WILCHES, I. Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano, **Revista de Estudios Sociales**,

Bogotá, n. 36, p. 86-94, ago, 2010. Disponível em: <<http://res.uniandes.edu.co/view.php/652/view.php>>. Acesso em: 17/04/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva: WHO, 2003. p. 144.

WYROD, R. Between women's rights and men's authority: masculinity and shifting discourses of gender difference in urban Uganda, **Gend Soc.**, v. 22, n. 6, p. 799-823, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19862350>>. Acesso em: 09/06/2013.

ZRALY, M.; NYIRAZINYOYE, L. Don't let the suffering make you fade away: An ethnographic study of resilience among survivors of genocide-rape in southern Rwanda, **Soc. sci. med.**, Oxford, v. 70, n. 10, p. 1656-64, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610000882>>. Acesso em: 01/05/2014.

ZRALY, M.; RUBIN, S.E.; MUKAMANA, D. Motherhood and Resilience among Rwandan Genocide-Rape Survivors, **ETHOS**, v. 41, n. 4, p. 411-39, dez, 2013. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/etho.12031/>>. Acesso em: 09/03/2014.

ZÜWICK, A.M. O corpo violado. In: GROSSI, P.K. (Org.). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. 2. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. p. 83-92.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lucimara Fabiana Fornari, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR estou convidando você para participar de um estudo intitulado “O percurso de resiliência da mulher vítima de violência sexual”. A resiliência significa o enfrentamento e/ou a superação de situações negativas que você tenha vivido.

- a) O objetivo deste estudo é conhecer o percurso de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual.
- b) Caso participe do estudo, você terá que responder algumas perguntas durante uma entrevista sobre como é ter sofrido a violência sexual e de que forma você enfrentou e/ou ainda enfrenta esta situação. Essas perguntas serão feitas em uma sala no Serviço de Atendimento Especializado, na Delegacia da Mulher ou no Núcleo de Estudo em Violência Urbana da UNICENTRO, onde estaremos somente eu como aluna e pesquisadora e você, para que se sinta segura e a vontade. Se você preferir, poderá escolher outro local para estar comigo e responder as perguntas. Suas respostas serão gravadas, e depois passadas para o papel. Assim que o estudo terminar, a gravação será destruída.
- c) Só terão acesso a todas as respostas fornecidas por você, eu (pesquisadora), a professora Dr^a. Liliana Maria Labronici, minha orientadora, e a pesquisadora Maria Lucia Raimondo, colaborada do estudo, e quando os resultados do estudo forem publicados em revistas científicas, não aparecerá seu nome, e sim uma letra e um número, a fim de que não seja identificada.
- d) Esta pesquisa não oferece risco, porém, pode lhe trazer lembranças dos momentos quando sofreu a violência sexual, e que poderão lhe fazer sentir algum desconforto. Caso isso aconteça você poderá interromper a sua participação, e se necessário for será oferecido cuidado psicológico especializado no próprio SAE.
- e) A sua participação na pesquisa poderá contribuir para ampliar o conhecimento e compreender como se dá o processo de enfrentamento e superação do vivido pelas mulheres vítimas da violência sexual, de modo que as enfermeiras possam atendê-las e ajudar na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa _____

Pesquisador responsável _____

f) Você não terá nenhum custo ao participar deste estudo, e também não receberá nenhum valor em dinheiro ou outro benefício financeiro para sua participação.

g) A sua participação neste estudo é voluntária, e se você não quiser mais fazer parte dele, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este documento, o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado, ou seja, este documento no qual você aceita participar do estudo. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento no Serviço de Atendimento Especializado – SAE ou na Delegacia da Mulher, que está assegurado.

h) Você receberá uma cópia deste documento que estamos lendo e também poderá se manter informada sobre o estudo em qualquer momento, mantendo contato comigo, Lucimara Fabiana Fornari (pesquisadora), pelo telefone: (41) 98046395 e e-mail: lucimaraforanari@yahoo.com.br. Também poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Lucia Raimondo, pelo telefone: (42) 99736808 e endereço: Rua Simeão Varela de Sá, sem número, Vila Carli, Guarapuava/PR. Assim como, com o Comitê de Ética em Pesquisa – COMEP da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG, pelo telefone: (42) 3629-8177 e endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03, Vila Carli – Bloco de Departamentos da Área da Saúde.

Eu, _____ li esse termo de autorização, e entendi o objetivo do estudo do qual concordei voluntariamente em participar. A explicação que recebi fala dos riscos e benefícios. Eu compreendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Guarapuava, ____/____/2013.

Assinatura da participante

Lucimara Fabiana Fornari
Pesquisadora

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa _____

Pesquisador responsável _____

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevista n°: _____

Local de residência: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Situação marital: _____

Indagações:

- a) Fale-me como é para você ter sofrido violência sexual;
- b) Como você enfrentou e/ou enfrenta essa situação?
- c) Existe alguma pessoa da sua família ou do seu convívio que ajudou ou ajuda você a superar esse trauma?
- d) Quais as suas atitudes que possibilitaram a superação da violência sexual sofrida?
- e) Como você mesma conseguiu se ajudar para enfrentar a violência sexual?

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA DE SAÚDE DE GUARAPUAVA



MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Saúde

Ofício nº 034/2013 - DGTEP
Guarapuava, 14 de agosto de 2013

A pesquisadora
Lucimara Fabiana Fornari
Mestranda - UFPR
NESTA

A Instituição Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ número 76178037/0001-76, endereço Avenida das Dálias 200, CEP: 85012-110 bairro Trianon, autoriza a realização da pesquisa intitulada “ **O Percorso de Resiliência da Mulher Vítima de Violência Sexual**” a qual tem por objetivo: Conhecer o percurso de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual, atendidas nas dependências do Serviço de Atendimento Especializado – SAE, a coleta de dados será realizada no período de dezembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste UNICENTRO.

Atenciosamente

Dr. Stefan Wolanski Negrão
CRM 17.855
Secretário Municipal de Saúde

Stefan Wolanski Negrão - CRM 17.855
Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava- PR.

*Prefeitura Municipal de Guarapuava
Secretaria Municipal de Saúde
Av das Dálias: 200 - Trianon
Telefone: (42) 3621-3700 – www.guarapuava.pr.gov.br
Guarapuava – Paraná – CEP 85012-110*

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA DELEGACIA DA MULHER



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL
14ª SUBDIVISÃO POLICIAL DE GUARAPUAVA
DELEGACIA DA MULHER



AUTORIZAÇÃO DA DELEGACIA DA MULHER

Ilma. Sra. Profa. Suely Godoi

MD Coordenadora do COMEP/UNICENTRO

Senhora Coordenadora

Declaro que nós da Delegacia Especial da Mulher de Guarapuava – PR, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “O PERCURSO DE RESILIÊNCIA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL”, sob a responsabilidade de Lucimara Fabiana Fornari, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste UNICENTRO, até o seu final em março de 2015.

Estamos cientes que os dados serão coletados no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, junto a Delegacia Especial da Mulher, com mulheres vítimas de violência sexual, bem como de que o presente trabalho deve seguir a resolução 466/12 do CNS e complementares.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Alysson Henrique de Souza
Delegado Chefe da Delegacia da Mulher

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PERCURSO DE RESILIÊNCIA DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Pesquisador: Lucimara Fabiana Fornari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20999613.9.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 393.035

Data da Relatoria: 10/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa da professora Lucimara Fabiana Fornari, docente do depto. de Enfermagem da UNICENTRO. Irá desenvolver pesquisa qualitativa e exploratória, com 12 mulheres vítimas de violência sexual, atendidas pelo Serviço de Atendimento Especializado e pela Delegacia da Mulher de Guarapuava. Essas mulheres devem ter idade superior a 18 anos e serão convidadas a participar do estudo, através de entrevista gravada, salvaguardando todos os procedimentos éticos para esse estudo. O período das entrevistas, será de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o percurso de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão descritos os riscos, desconforto e lembranças negativas, mas a pesquisadora assegura que havendo necessidade as mesmas serão atendidas pelo próprio SAE, e que podem se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de contribuir para ampliação do conhecimento e da compreensão sobre o processo de enfrentamento e superação do vivido pelas mulheres vítimas da violência sexual, de modo que as enfermeiras possam planejar um atendimento de forma a atender e ajudar na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO**

Continuação do Parecer: 393.035

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e interessante tratando de uma temática muito real e presente na sociedade, devendo ser estudada para tratar adequadamente deste problema social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente:

Folha de rosto assinada e carimbada

Metodologia clara e adequada ao tema, descrevendo como as entrevistas serão descartadas.

Autorização dos dois locais, assinadas e devidamente apresentada.

TCLE, na forma de convite, descrevendo riscos e demais garantias.

Roteiro da entrevista apresentado.

Cronograma dentro do prazo.

Recomendações:

Sem recomendações. A mesma pode ser realizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO.

Em atendimento às Resoluções 196/96 CNS-MS e 466/2012 CNS-MS, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e final em até trinta dias após o término da Pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CENTRO OESTE - UNICENTRO



Continuação do Parecer: 393.035

GUARAPUAVA, 12 de Setembro de 2013

Assinador por:

Maria Emilia Marcondes Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br